



Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no doente com AVC isquémico e a demora média de internamento hospitalar

Marisa da Glória Teixeira da Cunha

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para obtenção
do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação

Orientada por: Professor Doutor André Novo

Maio de 2014

Parte ou partes do presente trabalho foram apresentadas nos seguintes eventos:

Cunha, Marisa; Novo, André (2011) – Importância dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Diminuição da Demora Média de Internamento Hospitalar. *In* Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação. Oeiras

Cunha, Marisa (2012) – Cuidados de Enfermagem de Reabilitação/Demora Média de Internamento num Serviço de Medicina. *In* Congresso de Enfermagem de Reabilitação - Reabilidades IV. Espinho

RESUMO

O AVC é uma doença que acarreta elevados períodos de internamento, recursos e despesas de saúde. É uma das principais causas de morte e de incapacidade deixando inúmeras sequelas que restringem a funcionalidade e a independência nas atividades de vida diária. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é detentor de um conjunto de competências que permitem responder às necessidades específicas destes doentes, prevenindo, recuperando e habilitando de novo. Estamos perante um quadro de forte restrição orçamental em que há uma elevada contenção de gastos públicos. Contudo, é-nos exigido eficiência e resposta às necessidades de saúde dos cidadãos ao nível da prestação de cuidados e sem perda de qualidade. A demora média de internamento hospitalar é um indicador importante para aferir a eficiência e qualidade dos estabelecimentos de saúde. O objetivo principal deste estudo é verificar se a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação nos doentes com AVC isquémico interfere na demora média de internamento hospitalar. Para a concretização deste objetivo foi desenhado um estudo descritivo, correlacional de natureza quantitativa que decorreu no Centro Hospitalar Tâmega e Sousa EPE. A amostra foi constituída por 436 doentes com o diagnóstico de AVC isquémico internados no serviço de Medicina Unidade Funcional três dos meses de maio a dezembro dos anos de 2006 a 2011 sendo que, nos anos de 2006 a 2010 não houve intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e no ano de 2011 houve intervenção. Como instrumento de colheita de dados foi utilizado o sistema informático de apoio à prática de enfermagem e dados dos processos clínicos recorrendo à classificação por GDH. Dos resultados obtidos, verificou-se que a demora média de internamento hospitalar no ano de 2011 foi uma das menores de todos os anos (6,74 dias) só superada pelo ano de 2007 (5,97 dias) e 2008 (6,46 dias). Analisados os autocuidados higiene, uso do sanitário, transferir-se, deambular e alimentar-se, verificou-se evolução positiva na dependência dos mesmos no ano de 2011. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação torna-se imprescindível num serviço de Medicina conseguindo com as suas intervenções eficácia suficiente, traduzindo-se numa diminuição da demora média nos doentes com AVC isquémico.

Palavras-chave: Reabilitação; AVC; Dias de Internamento; Autocuidados

ABSTRACT

The stroke is a disease that causes increased length of hospital stay, resources and health expenses. It is a major cause of death and disability leaving countless sequels that restrict the functionality and independence in activities of daily living. The Rehabilitation Nurse holds a set of skills that allows to bridge the specific needs of these patients preventing, recovering and rehabilitate them. We are facing a framework for strong economical constraint where there is a high containment of public spending, however we are required efficiency and response to the health needs of the citizens to the level of care without loss of quality. The average length of stay in hospital is important to assess the efficiency and quality of the health services. The main purpose of this study is to assess whether the intervention of the Rehabilitation Nurse in patients with ischemic stroke interferes with the average length of hospital stay. To achieve this goal there was designed a descriptive, correlational and quantitative nature study that took place in Hospital Tamega e Sousa EPE with a sample with 436 patients with a diagnosis of ischemic stroke hospitalized in the service of Medicine Functional unit 3 in the months from May to December of the years 2006-2011. There was no intervention of Rehabilitation Nurse between 2006 to 2010, just in the year of 2011. Was used the Support System for Nursing Practice and clinical processes using the Diagnostics Homogeneous Groups for data collect. Results: the average length of hospital stay in 2011 was one of the lowest of all years (6.74 days), only in 2007 (5.97 days) and 2008 (6:46 days) the average was lower. After analyzed the followings self-cares: bathing, using the toilet, transferring, walk and eating, there was an improve of the levels of dependency in 2011 with the Rehabilitation Nurse intervention. The Rehabilitation Nurse is essential in services of Medicine achieving efficacy with their intervention and decreased the average of length of stay in hospital of patients with ischemic stroke.

Keywords: Rehabilitation; Stroke; Length of stay in hospital; self-care

Enquanto estiveres viva, sente-te viva.
Se sentes saudades do que fazias, volta a fazê-lo.
Continua, quando todos esperam que desistas.
Faz com que em vez de pena, te tenham respeito.
Quando não conseguires correr através dos anos, trota.
Quando não conseguires trotar, caminha.
Quando não conseguires caminhar,
Usa uma bengala.
Mas nunca te detenhas!

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

Durante este moroso percurso foram várias as pessoas que se cruzaram no meu caminho e que contribuíram de forma direta ou indireta para a consecução deste trabalho. A essas pessoas quero expressar o meu agradecimento.

Agradeço ao meu orientador professor André Novo por todos os conhecimentos que partilhou comigo, pela sua dedicação e amizade. Obrigado por me ter ajudado a trilhar este caminho.

Agradeço ao Enfermeiro Joaquim Moreira, sem o seu apoio constante, a sua determinação e empenho este estudo não seria passível de ser realizado.

Agradeço à Dr.^a Carla Roque pela sua disponibilidade e amabilidade que permitiram eliminar alguns entraves neste percurso.

Agradeço aos meus sogros pelo carinho, por me incentivarem e apoiarem nesta caminhada.

Agradeço aos meus pais por todo o seu amor, por me apoiarem sempre em tudo na minha vida.

Por último agradeço ao meu marido pela paciência, dedicação e apoio incondicional. E ao meu filhote, pois basta um sorriso seu para dar sentido à minha vida. Amo-vos.

A todos,
Obrigada.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AIT – Acidente Isquémico Transitório

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividade de Vida Diária

CHTS – Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EPE – Entidade Pública Empresarial

ESO – European Stroke Organization

EUA – Estados Unidos da América

GCD – Grandes Categorias de Diagnóstico

GDH – Grupos de Diagnósticos Homogéneos

HTA – Hipertensão Arterial

ICN – International Council of Nurses

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

rtPA – Recombinant Tissue-Type Plasminogen Activator

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SNC – Sistema Nervoso Central

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

UF3 – Unidade Funcional três

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	23
I – ESTADO DA ARTE.....	27
1 – ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL.....	29
1.1 – CLASSIFICAÇÃO E ETIOLOGIA DO AVC.....	29
1.2– FATORES DE RISCO E PREVENÇÃO DO AVC.....	32
1.3- MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DO AVC	37
1.4 – TRATAMENTO DO AVC.....	41
2 - O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	43
2.1 - REABILITAÇÃO DO DOENTE COM AVC NUM SERVIÇO DE MEDICINA	44
2.2 - AUTOCUIDADOS NA PESSOA COM AVC EM LINGUAGEM CIPE	55
3 - DEMORA MÉDIA DE INTERNAMENTO HOSPITALAR CONTEXTUALIZAÇÃO ATUAL	59
3.1- GRUPOS DE DIAGNÓSTICOS HOMOGÉNEOS (GDH)	61
3.2 - ANÁLISE DA DEMORA MÉDIA DE INTERNAMENTO HOSPITALAR DO GDH 14.....	63
II – ESTUDO EMPÍRICO	65
4- METODOLOGIA.....	67
4.1 – PERGUNTA DE PARTIDA	67
4.2 – OBJETIVOS	67
4.2.1 – Objetivo geral.....	67

4.2.2 – Objetivo específico	67
4.3 – TIPO DE ESTUDO	68
4.4 – PROCEDIMENTOS	68
4.5 – QUESTÕES ÉTICAS	69
5- APRESENTAÇÃO/ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	71
CONCLUSÃO.....	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	95
ANEXOS.....	109

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Tipos de AVC.....	30
Quadro 2 - Fatores de Risco para o AVC	33
Quadro 3 - Fatores de risco para o AVC (classificação mais tradicional).....	34
Quadro 4 - Territórios vasculares e manifestações clínicas nos AVC's isquémicos.....	38
Quadro 5 - Principais quadros clínicos nos AVC's hemorrágicos	39
Quadro 6 - Distribuição da amostra por sexo, idade e dias de internamento	71
Quadro 7 - Distribuição da amostra segundo a idade por anos	74
Quadro 8 - Distribuição da amostra segundo o sexo por anos.....	75
Quadro 9 - Distribuição da amostra segundo o destino de alta por anos.....	77
Quadro 10 - Distribuição da amostra segundo a demora média de internamento por anos	78
Quadro 11 - Autocuidado higiene na admissão e alta (ano 2011)	81
Quadro 12 - Autocuidado uso do sanitário na admissão e alta (ano 2011)	82
Quadro 13 - Autocuidado transferir-se na admissão e alta (ano 2011)	83
Quadro 14 - Autocuidado deambular na admissão e alta (ano 2011).....	85
Quadro 15 - Autocuidado alimentar-se na admissão e alta (ano 2011).....	86

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Significância estatística do teste de *t-Student* para amostras independentes – sexo e idade..... **Erro! Marcador não definido.**

Tabela 2 - Significância estatística do teste de *t-Student* para amostras independentes – sexo e dias de internamento 80

Tabela 3 - Significância estatística do teste de *t-Student* para amostras emparelhadas para os 5 autocuidados – comparação no momento da admissão e alta 87

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Representação gráfica da média de idades da amostra	72
Gráfico 2 - Representação gráfica da média dos dias de internamento da amostra.....	72
Gráfico 3 - Representação gráfica da amostra segundo a idade por anos.....	74
Gráfico 4 - Representação gráfica da amostra segundo o sexo por anos.....	75
Gráfico 5 - Representação gráfica do destino após alta por anos	77
Gráfico 6 - Representação gráfica da amostra segundo a demora média de internamento por anos.....	79
Gráfico 7 - Representação gráfica do autocuidado higiene na admissão e alta (ano 2011)	81
Gráfico 8 - Representação gráfico do autocuidado uso do sanitário na admissão e alta (ano 2011).....	82
Gráfico 9 - Representação gráfica do autocuidado transferir-se na admissão e alta (ano 2011)	84
Gráfico 10 - Representação gráfica do autocuidado deambular na admissão e alta (ano 2011)	85
Gráfico 11 - Representação gráfica do autocuidado alimentar-se na admissão e alta (ano 2011)	86

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares nas quais se inclui o acidente vascular cerebral (AVC) constituem a causa de morte mais relevante em toda a Europa, incluindo Portugal (DGS, 2013).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009), o AVC é a segunda principal causa de morte e de incapacidade, que por norma deixa inúmeras sequelas físicas, mentais e sociais, restringindo a funcionalidade do indivíduo particularmente no que se refere à independência nas atividades de vida diárias (AVD).

A progressiva adoção de medidas preventivas, a correção dos fatores de risco e os avanços significativos no tratamento das doenças cardiovasculares, nomeadamente o AVC, fazem com que nas últimas décadas, tenha ocorrido uma progressiva diminuição da taxa de mortalidade destas doenças (DGS, 2013).

O AVC isquémico representa cerca de 85% de todos os AVC's (Leal, 2001) e a elevada prevalência nacional de fatores de risco faz com que seja encarado como um dos mais importantes problemas de saúde pública que urge minorar (Branco & Santos, 2010), considerando-se assim pertinente a escolha desta patologia para este estudo.

Deparamo-nos com um envelhecimento demográfico e um progressivo aumento da dependência funcional das pessoas, que se traduz num acréscimo de necessidades adicionais de cuidados. Por este motivo, o consumo dos cuidados de saúde tem vindo a aumentar pois a grande maioria das altas hospitalares são de pessoas com mais de 65 anos que não necessitam apenas de uma intervenção dirigida à cura de uma situação aguda, mas sim de uma nova abordagem que integre o sistema de saúde e de segurança social, direcionado para o indivíduo, com necessidades de apoio nas atividades básicas de vida e nos cuidados de reabilitação e de reinserção (Costa, 2009).

Estamos perante um quadro de restrição orçamental, em que há uma forte contenção de gastos públicos. No entanto é-nos exigido a salvaguarda dos níveis de

acesso e eficiência e a resposta às necessidades de saúde dos cidadãos ao nível da prestação de cuidados e sem perda de qualidade (ACSS, 2012).

Ressalta-se a necessidade de serem implementadas medidas que mantenham a qualidade dos cuidados e diminuam os custos.

As despesas de saúde não podem ser dissociadas dos ganhos em saúde, tornando-se imperativo o controlo de gastos pela implementação de medidas que aumentem a eficiência.

A demora média de internamento hospitalar é um indicador importante, que possibilita aferir a eficiência e os indicadores de qualidade dos estabelecimentos de saúde (Fernandes, 2011).

A relevância da demora média continua no que diz respeito aos doentes, não só porque o prolongamento desnecessário da duração do internamento aumenta o risco de infeções nosocomiais (Henderson, 2006), como também enquanto financiadores do sistema, sendo que a demora média é importante porque está associada ao consumo de recursos.

Sabe-se que o aumento do conhecimento leva a melhoria dos cuidados, sendo a presença do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) uma mais-valia na prestação de cuidados, junto dos doentes com necessidades de reabilitação e na equipa de saúde.

A Enfermagem de Reabilitação constitui-se como uma área de intervenção clínica reconhecida, dando respostas às necessidades concretas da população e às exigências em cuidados, contribuindo fortemente para a obtenção de ganhos em saúde em todos os contextos da sua prática (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

O EEER, baseado nos problemas reais e potenciais da pessoa, concebe, implementa e monitoriza planos de Enfermagem de Reabilitação diferenciados de modo a maximizar o seu potencial, promovendo a saúde e prevenindo complicações secundárias (Ordem dos Enfermeiros – Regulamento das competências específicas do EEER, 2010).

Perante esta atualidade, sentiu-se a necessidade de demonstrar o impacto que os cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação têm nos doentes e no sistema de saúde.

Aliada esta necessidade ao interesse demonstrado pela atualidade da temática, desenvolveu-se o presente trabalho de projeto no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Bragança, que visa responder à seguinte questão de partida: “Será que a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação nos doentes com AVC isquémico contribui para a alteração da demora média de internamento hospitalar?”.

Para dar resposta a esta questão foi delineado o presente estudo descritivo, correlacional de natureza quantitativa e formulado o seguinte objetivo principal: “Verificar se a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação nos doentes com AVC isquémico interfere na demora média de internamento hospitalar”.

Este trabalho encontra-se dividido em três partes: Estado da Arte, Estudo Empírico e Conclusão. No Estado da Arte faz-se o enquadramento da temática em causa. Na segunda parte, dá-se ênfase à metodologia utilizada para o desenvolvimento deste trabalho de projeto e à apresentação e discussão dos resultados. Por fim, na terceira parte, abordam-se as conclusões deste estudo.

I – ESTADO DA ARTE

1 – ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

O AVC é a segunda principal causa de morte e de incapacidade, que por norma deixa inúmeras sequelas físicas, mentais e sociais, restringindo a funcionalidade do indivíduo particularmente no que se refere à independência nas AVD's (OMS, 2009).

Na Europa é a causa mais importante de morbilidade e incapacidade a longo prazo. É também considerada a segunda causa mais comum de demência e a causa mais frequente de epilepsia e de depressão (ESO, 2008).

Constitui-se como um dos problemas neurológicos agudos mais comuns, sendo o principal responsável por internamentos hospitalares (Ferro, 2006) e gastos económicos (Martins, 2006).

Segundo a OMS (2009), o AVC define-se como o rápido desenvolvimento de sinais clínicos de distúrbios focais ou globais da função cerebral, com sintomas que permanecem por um período superior a 24 horas ou conduzem à morte, sem outra causa aparente que a de origem vascular. Encontra-se então excluído o Acidente Isquémico Transitório (AIT), no qual os sintomas desaparecem antes de perfazer as 24 horas.

É um evento que se manifesta de forma diferente de indivíduo para indivíduo, pois depende de vários fatores: área do cérebro atingida, extensão da lesão, estado geral de saúde, morbilidades prévias associadas e das características individuais e familiares.

O AVC é uma realidade que necessita de cuidados adicionais de saúde, particularmente de reabilitação o mais precoce possível.

1.1 – CLASSIFICAÇÃO E ETIOLOGIA DO AVC

Existem várias classificações de AVC que não são uniformes, no entanto, as mais utilizadas baseiam-se no critério etiológico.

Segundo Nobre M. (2004), o AVC está dividido em duas classes: isquémico e hemorrágico, dividindo-se estes em subclasses de acordo com a sua etiologia (Quadro 1).

Quadro 1 - Tipos de AVC

Tipos de AVC	Subtipos de AVC
Isquémico	Trombótico Embólico Lacunar
Hemorrágico	Intracerebral Parenquimatoso Subaracnoide

Fonte: Nobre, M. – Acidente Vascular Cerebral. Lisboa 2004

Segundo Leal (2001), o AVC isquémico representa cerca de 85% de todos os AVC's. A isquemia resulta da oclusão de um vaso ou redução da pressão de perfusão cerebral, que pode ser provocada pela redução do débito cardíaco ou por hipotensão arterial grave sustentada (O'Sullivan, 1993). Este encontra-se dividido em trombótico, embólico e lacunar (Nobre M., 2004).

Os AVC's trombóticos surgem quando há acumulação de uma placa de ateroma no interior de um vaso, reduzindo a circulação de sangue nesse vaso sendo a estenose da carótida uma das suas principais causas (Brown & King, 2011). Este é o tipo de AVC que ocorre com maior frequência.

Quando o AVC é embólico, verifica-se a oclusão arterial por um êmbolo que é libertado na corrente sanguínea e que se desloca até às artérias cerebrais. A formação de êmbolos está normalmente associada às doenças cardiovasculares, nomeadamente à fibrilação auricular, endocardite bacteriana aguda, arritmias e complicações resultantes de cirurgia vascular ou de próteses valvulares. Os êmbolos poderão ainda ser gordos (provocados por fraturas de ossos), gasosos (provocados por cirurgia ou traumatismo) ou de origem tumoral (Nitrini, 2005). A sintomatologia do AVC embólico, por norma instala-se de forma súbita, podendo os sintomas repetirem-se no tempo, em ciclos de melhoria e agravamento, significando embolizações recorrentes (Menoita, 2012).

As síndromes lacunares representam cerca de 10% de todos os AVC's. Resultam de pequenos enfartes por oclusão de ramos arteriais perfurantes do cérebro e ocorrem geralmente em indivíduos com hipertensão arterial (HTA) não controlada (Martins, 2002).

Verifica-se que, em qualquer destes subtipos de AVC's isquémicos, existe oclusão de um vaso sanguíneo que provoca isquemia e enfarte da região dependente desse vaso. A área que envolve essa região é denominada por penumbra isquémica, e contém tecido cerebral que está funcionalmente afetado mas ainda viável, pelo fato de se encontrar provido de sangue oriundo de vasos colaterais (Hacke, 2003).

O AVC hemorrágico constitui a forma mais grave de AVC, com mortalidade até 50% no primeiro mês, ocorrendo numa população mais jovem (Menoita, 2012). Resulta da rutura dos vasos intracranianos, com extravasamento de sangue para o tecido cerebral ou para o espaço subaracnoideu (Brown & King, 2011), tendo diversos fatores predisponentes como a HTA, tumores, aneurismas congénitos, arteriosclerose, traumatismos cranioencefálicos, entre outros (Martins, 2002). Divide-se em hemorragia intracerebral, parenquimatosa e subaracnoide.

A hemorragia intracerebral é mais frequente em pessoas com HTA e arteriosclerose cerebral, habitualmente resulta da rutura hipertensiva de um vaso cerebral (Branco & Santos, 2010), dependendo, o quadro clínico e o prognóstico, da localização e extensão da lesão, estando associada a esforços ou a eventos emocionantes (Martins, 2007).

A hemorragia parenquimatosa afeta mais frequentemente os gânglios da base, a protuberância e o cerebelo. Esta ocorre nos pequenos vasos perfurantes, mais

frequentemente nos ramos das artérias cerebrais e nos paramedianos da artéria basilar (Martins, 2002).

A hemorragia subaracnoideia habitualmente é causada pela rutura de artérias superficiais, aneurismas saculares, malformações vasculares intracranianas, angiomas arteriovenosos ou traumatismos. De entre os AVC's, é o menos frequente, afetando pessoas com idade inferior a 35 anos, sendo que os mecanismos desencadeantes são: o esforço físico, defecação, tosse, relações sexuais e exposição prolongada ao sol. Surgem sintomas como por exemplo, cefaleias intensas, transtornos da vigília, fotofobia e sinais de irritação das meninges, que ocorrem de forma brusca (Martins, 2006).

1.2– FATORES DE RISCO E PREVENÇÃO DO AVC

O AVC devido às suas graves consequências, negativas e diretas para o indivíduo, sociedade e sistema de saúde, tem que ser encarado como um dos mais importantes problemas de saúde pública que urge minorar (Branco & Santos, 2010).

A elevada prevalência nacional de fatores de risco torna necessário ter especial atenção à prevenção, deteção e correção levando à promoção de ações que evitem a perda de saúde como também todos os cuidados que fomentem a sua recuperação. Torna-se indispensável a adoção de medidas que potenciem na população a redução dos riscos de contrair esta doença, o acesso rápido e adequado ao tratamento, a tomada de medidas de prevenção secundária que reduzam a sua ocorrência e a prevenção terciária que inclui a reabilitação precoce na fase aguda (Branco & Santos, 2010).

Muitos fatores de risco são identificáveis em idades jovens e vão potenciar a ocorrência da doença anos mais tarde.

Os fatores de risco podem-se definir como sendo uma ou mais características presentes num indivíduo e que surgem associados, potencializando-se mutuamente e atuando segundo o ecossistema ou do modo de interagir com ele, aumentando a probabilidade do indivíduo vir a ser afetado por uma determinada doença (Salgueiro, 2008).

O AVC isquémico, apesar de ter um conjunto de causas comuns, apresenta fatores de risco diferentes do AVC hemorrágico.

De acordo com Martins (2006), o National Institute of Neurological Disorders and Stroke, dos Estados Unidos da América (EUA), subdividiu os fatores de risco em dois eixos, tal como é apresentado no Quadro 2. O primeiro eixo corresponde aos fatores confirmados e possíveis, o segundo corresponde aos estilos de vida e características pessoais, patologias ou marcadores patológicos e lesões estruturais assintomáticas.

Quadro 2 - Fatores de Risco para o AVC

CONFIRMADOS	POSSÍVEIS
CARATERÍSTICAS E ESTILOS DE VIDA	
Idade, sexo, raça, hereditariedade, consumo exagerado de álcool, abuso de drogas e tabaco.	Padrão de personalidade, localização geográfica, clima, estação do ano, fatores económicos, mortalidade materna precoce, uso de contraceptivos orais, dietas ricas em gordura animal, obesidade, hiperlipidémia.
PATOLOGIAS OU MARCADORES PATOLÓGICOS	
HTA, doença cardíaca, AIT, hematócrito elevado, diabetes mellitus, elevada concentração de fibrinogénio, enxaqueca.	Hiperuricémia e hipotiroidismo.
LESÕES ESTRUTURAIS ASSINTOMÁTICAS	
<p>Detetadas por exame físico: Ruído carotídeo, embolia retiniana, diferença da pressão arterial entre os dois braços e diminuição da pressão na oculopletoptismografia.</p> <p>Detetadas por imagiologia: Enfartes silenciosos ou hemorrágicos detetados por tomografia axial computadorizada ou ressonância magnética, malformações arteriovenosas, aneurismas, hamartoma, aterosclerose com estenose arterial e displasia fibromuscular.</p>	

Adaptado de Martins, 2006

Para outros autores, os fatores de risco dividem-se em modificáveis e não modificáveis, de acordo com o fato de poderem ou não ser alvo de intervenção, sendo esta a classificação mais tradicional. O quadro nº 3 ilustra os fatores de risco segundo Ferro (2006).

Quadro 3 - Fatores de risco para o AVC (classificação mais tradicional)

FATORES DE RISCO PARA O AVC	
Não Modificáveis	Modificáveis
Idade	Hipertensão arterial
	Diabetes Mellitus
	Hiperlipidémia
Género	Tabagismo
	Alcoolismo
Etnia	Obesidade
	Sedentarismo
	AIT

Fonte: Ferro. (2006)

Dos fatores de risco não modificáveis, a idade é o mais preocupante para a ocorrência de AVC, pelo aumento da incidência, prevalência e mortalidade que envolve. Dois terços de todos os AVC's ocorrem em pessoas com mais de 65 anos, e após os 55 anos o risco dobra a cada 10 anos (Ryerson, 2009).

De acordo com o relatório do Ministério da Saúde (2006), a prevalência que é de 3% aos 65 anos, passa a ser em idades superiores a 85 anos de 30%. Quanto ao gênero, é cerca de 1,3 vezes mais frequente nos homens do que nas mulheres, com exceção da faixa etária com mais de 80 anos em que se verifica uma maior prevalência no sexo feminino devido à sua maior sobrevida. Quando nos referimos acerca da etnia, há certos grupos que têm um risco superior a outros, como os habitantes da África Ocidental e das Caraíbas que apresentam o dobro do risco, em relação a um indivíduo caucasiano.

Relativamente aos fatores de risco modificáveis que mais contribuem para a ocorrência de AVC, temos a HTA, diabetes mellitus, hiperlipidemia, tabagismo, alcoolismo, obesidade, sedentarismo e história de AIT anterior.

A HTA atinge aproximadamente mil milhões de pessoas em todo o mundo, prevendo-se que no futuro esta prevalência vá aumentar se não forem tomadas medidas de prevenção (Branco & Santos, 2010).

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS) 2006, Portugal é o país da União Europeia, em que se verifica a mais elevada taxa de mortalidade por AVC, devido à grande prevalência de HTA. As pessoas com elevada pressão arterial e que persiste, com valores superiores a 140/90mmHg, têm um risco de AVC quatro a seis vezes superior, comparativamente com as que têm tensões dentro dos parâmetros considerados normais, 120/80mmHg, sendo que uma elevada percentagem de pessoas, cerca de 80%, apresentam HTA na altura do AVC (Nunes et al, 2005).

A diabetes mellitus constitui um importante fator de risco para o desenvolvimento da doença cerebrovascular, especialmente nos AVC's isquémicos trombóticos, devido à alteração da hemodinâmica cerebral pela hiperglicemia e por fazer interação com outros fatores de risco como a HTA e a hiperlipidemia (Menoita, 2012).

A hiperlipidemia é o fator de risco que menos contribui para a ocorrência de AVC, no entanto pessoas com colesterol total superior a 240mg/dl têm o dobro da probabilidade de desenvolverem um AVC isquémico do que as que têm o colesterol total inferior a esse valor (Menoita, 2012).

O tabagismo aumenta o risco de AVC em duas a quatro vezes, podendo contribuir com 12 a 14% das mortes, sendo a incidência de AVC cerca de 40% em homens fumadores e 60% em mulheres (Ferreira et al, 2006).

O consumo exagerado de álcool está associado a disritmia cardíaca e a cardiopatia podendo provocar êmbolos, conduzindo a um aumento da pressão sanguínea, aumento do risco de doença coronária e favorecendo a arterosclerose da grande artéria cerebral. Os indivíduos com estado de etilização aguda têm três vezes maior probabilidade de ocorrência de AVC (Branco & Santos, 2010). Para Ferro (2006), o alcoolismo tem uma curva de risco em J, a ingestão de quantidades moderadas de álcool (até 3 unidades por dia) diminui o risco de AVC, enquanto que as quantidades excessivas (mais do que 5 unidades por dia) aumentam o risco.

A obesidade é o sexto fator de risco principal que leva ao aparecimento de doenças em geral. Acarreta uma esperança média de vida inferior, e um maior risco de doença cardiovascular e cerebrovascular (Branco & Santos, 2010).

As pessoas sedentárias têm um maior risco de AVC e de morte comparativamente com pessoas fisicamente ativas. A atividade física é benéfica na prevenção do AVC, pois atua em muitos fatores de risco como a HTA, diabetes mellitus e a dislipidémia, corrigindo-os (Menoita, 2012).

O AIT é um fator de risco importante, pois cerca de 22 a 51% das pessoas vêm a ter um AVC no prazo de 5 anos (Nobre, 2004).

Quanto maior for o número de fatores de risco, maior é a probabilidade de ocorrência de AVC. A melhor forma de o prevenir é com a intervenção de uma equipa multidisciplinar, atuando na identificação precoce e promovendo hábitos de vida saudáveis. É necessário, dada a elevada prevalência nacional de fatores de risco, ter especial atenção à prevenção, deteção e correção dos mesmos (Branco & Santos, 2010).

A prevenção dos fatores de risco divide-se em primária e secundária, segundo Ferro e Verdelho (2000) citados por Salgueiro (2008). A prevenção primária tem por objetivo diminuir a incidência do AVC através da mudança de estilos de vida em pessoas sem antecedentes conhecidos da doença. Assim, existe a estratégia populacional através de campanhas acerca da alimentação saudável, dos malefícios do tabaco e do álcool, dos benefícios do exercício físico regular e da necessidade da avaliação regular e controlo da tensão arterial. Existe também a estratégia individual, com a identificação e tratamento das pessoas com risco acrescido de AVC, isto é, que apresentem um ou mais fatores de risco, implicando-a num plano de cuidados personalizado.

A prevenção secundária tem como objetivo a prevenção da repetição de ocorrências cardiovasculares, após a ocorrência de um AIT ou um primeiro AVC. Compreende o controlo de fatores de risco, a terapêutica farmacológica e medidas gerais (estilos de vida saudáveis, controlo do peso, exercício físico regular, dieta saudável pobre em sódio e gorduras saturadas, abstinência de tabaco e diminuição do consumo de bebidas alcoólicas) (Ferro & Pimentel, 2006).

1.3- MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DO AVC

Quando a pessoa é acometida por um AVC, há um desenvolvimento súbito e grave de um défice neurológico, que pode gerar alterações leves, insuficientes para perturbar as suas atividades, ou graves podendo conduzir a um estado de inconsciência total.

A OMS (2009) realça que as estruturas mais afetadas pelo AVC são o cérebro, o sistema cardiovascular, os membros superiores e inferiores e a região do ombro. As funções mais afetadas são a consciência, personalidade, tolerância ao esforço, tônus e força muscular, atenção, memória, sono, cognição, visão, fala, deglutição, disfunção urinária, vesical e sexual, reflexos, controlo dos movimentos involuntários, mobilidade, equilíbrio e marcha. As atividades mais afetadas são a linguagem e a comunicação, a escrita, a leitura, a capacidade de cálculo, capacidade em transferir-se, controlo corporal, deambular, auto cuidar da sua higiene, vestir-se, comer, beber, fazer o trabalho doméstico, conduzir e participar em atividades de lazer.

A hemiplegia é o défice mais comum na pessoa acometida por um AVC.

O AVC isquémico distribui-se por territórios arteriais e o AVC hemorrágico nos locais de maior fragilidade vascular (Menoita, 2012).

Os défices resultantes de um AVC não dependem do tipo de AVC mas sim do território cerebral atingido.

Nos quadros abaixo podemos ver os principais quadros clínicos tanto no AVC isquémico (Quadro 4) como no hemorrágico (Quadro 5).

Quadro 4 - Territórios vasculares e manifestações clínicas nos AVC's isquêmicos

Território Carotídeo	Território Vértebro-bacilar
<p>Artéria central da retina:</p> <p>*Cegueira ipsilateral *Amaurose fugaz ipsilateral</p>	<p>Artérias vertebrais, tronco bacilar e seus ramos:</p> <p>*Desequilíbrio, ataxia *Nistágmo *Diplopia, parésia dos movimentos oculares conjugados *Disartria *Disfagia, soluços *Coma *Parésias e/ou alterações da sensibilidade</p>
<p>Artéria cerebral anterior:</p> <p>*Síndrome frontal *Paresia do membro inferior contralateral *Afasia transcortical (hemisfério esquerdo)</p>	
<p>Artéria coroideia anterior:</p> <p>*Hemiparesia contralateral *Hemi-hipostesia contralateral *Hemianopsia contralateral</p>	
<p>Artéria cerebral média:</p> <p>*Todo o território - hemiparesia contralateral de predomínio braquiofacial, afasia global (hemisfério esquerdo), alexia, agrafia, apraxia (hemisfério esquerdo), neglect (hemisfério direito), desvio conjugado para o lado oposto ao da hemiparesia.</p>	<p>Artéria cerebral posterior:</p> <p>*Hemianopsia e hemi-hipostesia contralateral *Alexia sem agrafia (hemisfério esquerdo) *Agnosia para as cores e</p>

<p>*Ramos antero-superiores - hemiparesia contralateral de predomínio braquiofacial, afasia não fluente (hemisfério esquerdo), alexia, agrafia, apraxia (hemisfério esquerdo) e neglect (hemisfério direito)</p> <p>*Ramos postero-inferiores - afasia fluente (hemisfério esquerdo), alexia, agrafia, apraxia (hemisfério esquerdo) e neglect (hemisfério direito) e quadrantópsia contralateral</p> <p>*Ramos profundos - hemiparesia contralateral e hemi-hipostesia contralateral</p>	<p>agnosia visual (hemisfério esquerdo)</p> <p>*Prosopagnosia (hemisfério direito)</p>
---	--

Fonte: Ferro, J.; Pimentel, J. (2006) – Neurologia: Princípios, diagnóstico e tratamento. Lisboa: Lidel, p.81

Quadro 5 - Principais quadros clínicos nos AVC's hemorrágicos

Hemorragia intracerebral	Hemorragia subaracnoideia
<p>*Hemisférica profunda - hemiparesia contralateral de predomínio braquiofacial, afasia global (hemisfério esquerdo), neglect (hemisfério direito), desvio conjugado para o lado oposto ao da hemiparesia, náuseas e vômitos, deterioração progressiva da vigília</p> <p>*Hemisférica lobar - hemianopsia, neglect, défices visuo-espaciais, cefaleias.</p> <p>*Cerebelo - náuseas e vômitos, cefaleias, impossibilidade de deambular, desequilíbrio, vertigem</p> <p>*Protuberância - tetraparésia, pupilas mióticas, coma</p>	<p>*Cefaleia súbita desencadeada por esforços</p> <p>*Náuseas e vômitos</p> <p>*Alterações da vigília</p> <p>*Sinais de irritação meníngea</p>

Fonte: Ferro, J.; Pimentel, J. (2006) – Neurologia: Princípios, diagnóstico e tratamento. Lisboa: Lidel, p.82

Os défices físicos e cognitivos são as sequelas mais evidentes do AVC, mas existem outras, como as comorbilidades cardiovasculares e metabólicas, a intolerância ao esforço, as consequências da imobilidade, a perda de habilidades para as AVD's, Instrumentais e de lazer ou trabalho, tornando-se num conjunto de défices com um elevado impacto na funcionalidade e nos resultados obtidos com a reabilitação (Ramas, J., 2007).

De acordo com dados do Alto Comissário da Saúde (DGS, 2010), em Portugal verifica-se um decréscimo das mortes provocadas por AVC. Entre 2000 e 2008 houve uma diminuição de 33,9% de mortes e em 2009 a taxa de mortalidade por AVC antes dos 65 anos foi de 9,5 óbitos por 100 000 habitantes. A mortalidade intra hospitalar por AVC diminuiu 2,6% aproximando-se da meta definida para 2010. No entanto, os doentes que sobrevivem a um AVC apresentam sempre algum grau de incapacidade tendo que enfrentar várias limitações que condicionam a sua independência para o autocuidado e a sua qualidade de vida, pessoal, profissional, social e familiar, com a consequente sobrecarga dos cuidadores.

É essencial, na fase aguda do AVC, assegurar uma adequada acessibilidade de todos os doentes a cuidados médicos, de diagnóstico e tratamento, nomeadamente reabilitação. Esses fatores vão posteriormente traduzir-se em ganhos em saúde.

Está comprovado que o tratamento de doentes com AVC isquémico em unidades de AVC reduz a mortalidade, a incapacidade e a necessidade de assistência institucional, comparativamente ao tratamento numa enfermaria convencional (European Stroke Initiative, 2003).

As sequelas do AVC, devem ser criteriosamente avaliadas permitindo a definição de objetivos e metas de reabilitação. Existem várias escalas e testes de avaliação da função motora, equilíbrio, marcha e força devendo ser escolhidos as que melhor se aplicam a cada realidade. Consequentemente registados e atualizados sempre que se justifique.

A fase da avaliação destes doentes deve ser contínua, pois durante o processo de reabilitação podem aparecer várias complicações, permitindo aos profissionais de saúde, particularmente ao Enfermeiro de Reabilitação pelo seu conhecimento científico, atuar prevenindo ou tratando o mais precocemente possível.

1.4 – TRATAMENTO DO AVC

O sucessivo aumento do conhecimento científico, o aparecimento de novas terapêuticas farmacológicas, cirúrgicas e neurorradiológicas modificaram a forma de abordar a doença cerebrovascular. O tratamento do AVC na fase aguda mudou drasticamente nos últimos anos passando para uma abordagem interventiva. O AVC passou a ser considerado uma emergência, implicando uma atuação num intervalo de tempo muito preciso e com procedimentos sistematizados.

Com vista a tornar o tratamento do AVC na fase aguda mais eficaz, a DGS propôs em 2001 a constituição da Via Verde de AVC. Esta tem como objetivo prioritário, que todos os doentes com diagnóstico de AVC isquémico tenham acesso a tratamento farmacológico (trombólise) em tempo útil (menos de 3 horas). O objetivo principal na fase pré hospitalar dos cuidados agudos no AVC é evitar atrasos “tempo é cérebro” (ESO, 2008). Quanto ao AVC hemorrágico o objetivo principal é tratar a HTA e decidir por uma evacuação cirúrgica (recomendado apenas para hematomas com mais de 3 cm de diâmetro) (Smith, 2011).

No AVC isquémico, o objetivo do tratamento na fase aguda é limitar ao máximo a evolução da zona de penumbra isquémica e prevenir recidivas precoces, tornando-se então fundamental o controlo dos parâmetros fisiológicos, a reperfusão e a terapêutica anti trombótica (Menoita, 2012). A medição da tensão arterial é fundamental, esta deve ser inferior a 220-120mmHg, só no caso de ser superior a estes valores é que se avança para o tratamento da mesma para não correr o risco de hipoperfusão da área afetada. Deve também ser controlada a hipoxia e a hipo ou hipertermia uma vez que o descontrolo destes parâmetros fisiológicos aumenta as dimensões do enfarte cerebral. A reperfusão por via endovenosa com rtPA (recombinante tissue-Type plasminogen activator - trombólise) pode ser usado até 4 horas após o início do quadro clínico de AVC, exige tomografia axial computadorizada prévia e é o único tratamento eficaz (Menoita, 2012). Se a pessoa não realizou trombólise a opção é administrar ácido acetilsalicílico (Ferro & Pimentel, 2006).

No AVC hemorrágico, pondera-se a intervenção cirúrgica, devendo-se controlar a tensão arterial mantendo-a em limites inferiores a 180-110mmHg (Menoita, 2012).

O objetivo prioritário de todos os programas de prestação de cuidados a doentes com AVC é reduzir ao máximo o tempo decorrido entre o início dos sintomas e o início do tratamento (DGS, 2007).

A Declaração de Helsingborg veio delinear estratégias Europeias para o AVC com algumas metas ambiciosas até 2015, das quais se pode destacar algumas: todas as vítimas de AVC deverão ter acesso à continuidade de cuidados na fase aguda, em unidades de AVC organizadas com reabilitação apropriada e posterior prevenção secundária; mais de 85% dos acometidos por AVC devem sobreviver no 1º mês; mais de 70% dos sobreviventes devem ao fim do 3º mês após AVC serem independentes nas suas AVD's; a mortalidade por AVC deverá ser reduzida pelo menos em 20% em relação às metas para 2005 (OMS, 2006).

Num sistema de saúde ideal, quando existe um problema de saúde, particularmente um AVC, há um acesso a cuidados de qualidade necessários, no *timing* ideal e com equidade.

Os cuidados aos doentes com AVC devem ser prestados por uma equipa multidisciplinar, focados no objetivo de tornar aquela pessoa o mais independente possível, no menor espaço de tempo possível, usando as estratégias e recursos existentes de acordo com os défices provocados pelo AVC.

O AVC é uma realidade que envolve elevados custos económicos em cuidados de saúde, para além dos custos humanos que não são passíveis de contabilização. Reduzir a sobrecarga que o AVC envolve, requer muito investimento em políticas de prevenção e nos cuidados na fase aguda, bem como no investimento na reabilitação, uma vez que a maioria dos sobreviventes de AVC fica com sequelas. A reabilitação torna-se necessária para minimizar essas sequelas, maximizar a qualidade de vida e promover a integração na sociedade. Assim, a reabilitação é imprescindível para a diminuição dos défices e aumento da funcionalidade dos doentes acometidos por AVC.

2 – INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A Enfermagem de Reabilitação é uma área de intervenção da enfermagem que tem por objetivo prevenir, recuperar e habilitar de novo, as pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação de processo crónico, que provoquem défice funcional ao nível cognitivo, sensorial, motor, cardiorrespiratório, da alimentação e da sexualidade, promovendo a maximização das capacidades funcionais da pessoa, potenciando o seu rendimento e desenvolvimento pessoal (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Constitui-se como uma área de intervenção clínica reconhecida, dando resposta a necessidades concretas da população e às novas exigências em cuidados, contribuindo fortemente para a obtenção de ganhos em saúde em todos os contextos da sua prática, expressos na prevenção de incapacidades e na recuperação das capacidades remanescentes, habilitando a pessoa a uma maior autonomia (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Pode-se dizer que a Enfermagem de Reabilitação tem três objetivos principais: maximizar a autodeterminação, restaurar a função e otimizar escolhas de estilos de vida dos doentes (Hoeman, 2011).

O Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, segundo o regulamento nº 125/2011, define três competências específicas para o Enfermeiro de Reabilitação:

- 1- Cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados;
- 2- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e o exercício da cidadania;
- 3- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Já em 1992, Brunner e Suddarth identificavam vários papéis a desenvolver pelo EEER, que se resumem em prestador de cuidados de reabilitação, conselheiro, educador, advogado de defesa, consultor e administrador de caso, sendo o elemento condutor de toda a equipa interdisciplinar.

No âmbito deste trabalho de projeto será abordada a reabilitação da pessoa vítima de AVC isquémico.

A reabilitação funcional do doente é um requisito básico no tratamento pós AVC. Após os cuidados imediatos e estando o doente clinicamente e neurologicamente estável, é importante a instituição de tratamento de reabilitação precoce, intensiva e repetitiva, de modo a que se potenciem os resultados ao máximo (Gonçalves, L., 2012).

2.1 - REABILITAÇÃO DO DOENTE COM AVC NUM SERVIÇO DE MEDICINA

O envelhecimento da população é um tema recorrente na literatura sobre cuidados em saúde e esta é uma realidade presente nos serviços de Medicina. Estamos perante uma população idosa que apresenta elevada prevalência de doenças crónicas degenerativas, somada à decorrência de pluripatologias como é o AVC (Sales & Iraci, 2007).

Johnstone já dizia em 1979, que para que a reabilitação na fase aguda atinja os melhores resultados, é necessária a conjugação de esforços de equipas multidisciplinares, em que todos os membros dessa equipa tenham uma meta comum, de modo a que o programa de reabilitação se torne realmente eficiente.

Os resultados da reabilitação não dependem apenas de um conjunto de técnicas, mas da continuidade, coordenação e inter-relação do trabalho desenvolvido por toda a equipa, com o objetivo da resolução de problemas e da obtenção de ganhos em qualidade de vida e bem-estar (Menoita, 2012).

Embora as equipas de reabilitação sejam constituídas por vários elementos, o EEER está presente ao longo de todo o processo de recuperação, promovendo o papel ativo do doente e da sua família, favorecendo a parceria, participação e continuidade de cuidados no decorrer de todo o processo. Segundo Benner (2001) o EEER com base nos

seus conhecimentos com evidência científica, deve exercer a função de guia orientador, conduzindo e orientando o doente e família, pelos caminhos e recursos possíveis, no interior da complexidade de toda a equipa multidisciplinar, para potenciar a consecução dos melhores resultados possíveis.

Não existe um consenso acerca do início do programa de reabilitação num doente com AVC, mas todos os autores defendem um “início precoce”. O *timing* desse início varia conforme a bibliografia.

Segundo Hesbeen (2003), o programa de reabilitação deve ser iniciado o mais cedo possível, logo que o doente esteja estável e as lesões sejam identificadas, entre as quarenta e oito e setenta e duas horas após AVC deve instituir-se o plano de reabilitação.

Uma revisão sistemática sobre as atividades funcionais a reabilitar no doente com AVC realizada em 1997 por Ryerson S. e Levit K., refere que a reabilitação deve ser iniciada ainda na posição de deitado contemplando os ensinamentos ao doente e sua família.

Martins (2006), diz que se deve atuar nas primeiras horas na parte da isquemia que permanece viável à recuperação.

O sucesso de um programa de reabilitação em pessoas vítimas de AVC depende de uma série de rotinas de exercícios, que devem ser de crescimento lento, repetitivo e persistente e que não devem evoluir para além da capacidade individual da pessoa (Branco & Santos, 2010).

A reabilitação da pessoa vítima de AVC deve ser acompanhada por uma equipa multidisciplinar, em que estão presentes disciplinas fundamentais como a Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia da Fala e Serviço Social (Langhorne P. in ESO, 2008). Neste processo o EEER tem um papel determinante uma vez que realiza, desde a admissão até à alta, o acompanhamento do doente e família estabelecendo objetivos de recuperação atingíveis com base numa relação de confiança. Este também intervém junto de diversos sistemas, nomeadamente na rede de suporte social e serviços que possam contribuir para a qualidade da reabilitação (Diogo, 2000, in Menoita, 2012).

Antes de iniciar qualquer intervenção terapêutica é essencial uma correta neuroavaliação, realizada pelo EEER, para determinar o sentido do processo terapêutico e conduzir ao sucesso desse mesmo processo (Branco & Santos, 2010). Realiza-se, de

preferência com a presença de algum membro da família, a anamnese, o exame físico e o exame neurológico, que deve ser realizado em ambiente calmo e tranquilo.

Segundo Menoita (2012), a avaliação da pessoa com AVC deve contemplar os seguintes itens:

Estado mental

Para avaliação do estado mental é necessário que o doente mantenha a capacidade cognitiva preservada para a maior parte do exame. Esta engloba as seguintes avaliações: consciência; orientação; atenção; memória; capacidades práxicas; negligência hemiespacial unilateral e linguagem.

Pares cranianos

Os pares cranianos são doze e encontram-se ligados ao encéfalo. Estes incluem: I-olfativo; II-ótico; III-oculomotor comum; IV-patético ou troclear; V-trigêmeo; VI-motor ocular externo; VII-facial; VIII-vestíbulo-coclear ou estato-acústico; IX-glosssofaríngeo; X-vago/pneumogástrico; XI-espinhal ou acessório e XII-hipoglosso.

A avaliação neurológica por pares cranianos envolve uma ampla variedade de aplicações técnicas específicas que permitem a detecção de alterações graves do foro neurológico (Branco & Santos, 2010).

Motricidade

O exame da motricidade pode-se dividir em exame da força, tônus muscular e coordenação motora.

Na força muscular avaliam-se todos os movimentos dos vários segmentos corporais. A escala utilizada no serviço de Medicina UF3 é a de Medical Research Council.

O tônus muscular é um reflexo propriocetivo destinado a manter a postura corporal através de uma contração permanente e moderada dos músculos (Pinto, 2001). Aqui avalia-se se o doente apresenta espasticidade sendo que a escala mais utilizada é a de Ashworth (Leitão, 2006).

A avaliação da coordenação motora baseia-se no ritmo, simetria, alternância e rapidez.

Sensibilidade

Podem ser avaliadas dois tipos de sensibilidade, a superficial que engloba a sensibilidade tátil, térmica e dolorosa e a profunda que engloba a sensibilidade vibratória ou palestésica e postural.

Equilíbrio e marcha

Avalia-se o equilíbrio estático e dinâmico na posição sentado e de pé. Na avaliação do VIII par craniano esta avaliação já é realizada.

A locomoção e postura corporal normal exigem integridade da função vestibular, da propriocepção e da visão (Adams et al, 1999 in Menoita, 2012).

Na fase aguda do AVC, a redução do edema cerebral, absorção do tecido lesado e o aumento do fluxo vascular local levam a ganhos funcionais que são inerentes ao processo de recuperação espontânea.

Na base da reabilitação está a compreensão do processo de neuroplasticidade, com a regeneração e reorganização do sistema nervoso central (SNC).

A neuroplasticidade ou plasticidade neuronal é definida, como a capacidade que o SNC tem para alterar o seu perfil químico, estrutural e a sua função (Takase, 2005). Existe evidência de que as células nervosas centrais se podem regenerar ou até mesmo formarem-se de novo (Menoita, 2012).

As técnicas de reabilitação devem ser focalizadas em atividades ou tarefas funcionais significativas para a pessoa e com gradual aumento da dificuldade, pois vão influenciar a neuroplasticidade, resultando numa recuperação mais rápida. Assim, o EEER através de planos de tratamento adequados consegue a obtenção de elevados ganhos funcionais.

Após a neuroavaliação, o EEER deve, com o doente, determinar as estratégias terapêuticas mais adequadas para que o mesmo possa atingir os resultados desejados.

O grau de recuperação depende não só da localização e extensão do AVC, como também da qualidade do tratamento de reabilitação recebido no hospital e após a alta. A motivação do doente e da família e/ou cuidador é também um fator determinante na recuperação da funcionalidade. Uma família que estimula o doente, não o substituindo, está a ajudar na recuperação do mesmo.

São diversas as manifestações clínicas resultantes do AVC, como já abordei no ponto 1.3., no entanto vou focalizar-me nas mais frequentes para descrever intervenções do programa de reabilitação.

Alteração da mobilidade

As alterações da mobilidade estão relacionadas com alterações da força e do tônus muscular, alteração do mecanismo de controlo postural e da sensibilidade (Menoita, 2012).

Segundo Menoita (2012) as estratégias terapêuticas para atuar na alteração da mobilidade são: facilitação cruzada; indução de restrições forçando o uso do sistema lesado; posicionamentos em padrão anti-espástico que devem ser mantidos até à recuperação total do doente; estimulação sensorial, que atua na plasticidade cerebral; mobilizações de todas as articulações, podendo estas ser passivas, ativas assistidas, ativas e ativas resistidas, de acordo com a evolução do doente e atividades terapêuticas que se baseiam no desenvolvimento motor adquirido pelos bebés (rolar, sentar, posição ortostática e marcha).

Alteração da motricidade facial

Na paralisia facial há a interrupção da informação motora para a musculatura da face.

As estratégias terapêuticas para atuar na motricidade facial são: massagem, pois esta estimula os recetores proprioceptivos preservando o esquema corporal da mesma para além de elevar o metabolismo celular, e a reeducação dos músculos da face que é longa e minuciosa (Menoita, 2012).

Alteração da linguagem: disartria

A disartria é uma perturbação da articulação das palavras que resulta da falta de força, alteração do tônus ou da coordenação dos músculos do aparelho fonador (laringe, palato, língua ou lábios), não sendo considerada uma perturbação da função cognitiva.

As estratégias terapêuticas para reabilitar a disartria são: fonação reflexo, como a tosse, o riso, o pigarrear entre outras; terapia fisiológica, realizando-se a adução laríngea

através do suspiro, bocejo e o som nasal ou vibrante; reeducação da musculatura facial; técnicas que ajudam a melhorarem o discurso (Menoita, 2012).

Alteração das funções cognitivas

As alterações cognitivas dependem do hemisfério cerebral que foi afetado. O hemisfério esquerdo é responsável pelas capacidades verbais e pelas que requerem uma análise minuciosa dos estímulos (leitura, escrita, cálculo, linguagem oral, memória verbal), enquanto que o hemisfério direito é responsável pelas capacidades não-verbais que são aquelas que requerem um processamento mais global dos estímulos (memória de faces e visuoespaciais, capacidade musical) (Martins, 2006).

No doente com AVC, ficam acometidas diversas funções cognitivas dependendo do hemisfério lesado. Pode haver alteração da memória, alteração das capacidades práticas, negligência hemiespacial unilateral, alterações da linguagem (afasia) e alteração da capacidade de cálculo, existindo diversas estratégias terapêuticas para reabilitar cada alteração (Menoita, 2012).

Para a alteração da memória podem ser utilizadas várias terapias, dependendo do tipo de memória afetada, memória a curto prazo, memória a longo prazo ou amnésia. Segundo Menoita (2012), para a recuperação da memória podem aplicar-se as seguintes terapias: terapia de orientação para a realidade (trabalha fundamentalmente a memória a curto prazo); reeducação comportamental ativa (trabalha as atitudes alteradas através da intensificação das interações sociais e ambientais); terapia da reminiscência (trabalha a memória episódica) e a reabilitação baseada na facilitação da memória implícita residual (baseia-se no treino por repetição com a finalidade de reaprender).

Para alteração das capacidades práticas (perda da capacidade de executar gestos aprendidos por perda do esquema motor exato), que variam de acordo com o segmento corporal envolvido, a terapia consiste em reeducar todos os gestos afetados explicando como se fazem e porquê ou mesmo tentar a sua execução por imitação (Ferro & Pimentel, 2006).

Para a negligência hemiespacial unilateral, que pode levar a neglect se o hemisfério afetado for o direito (dominante), o EEER deve, na fase aguda, abordar o doente pelo lado não afetado como forma de evitar o isolamento e insegurança do mesmo, mas, à medida que o doente se adapta à sua nova condição torna-se

fundamental estimulá-lo pelo lado afetado. A estimulação tátil e térmica são também importantes para reintroduzir o hemicorpo afetado no esquema corporal (Menoita, 2012).

Para a alteração da linguagem (afasia), que se manifesta sobretudo se o hemisfério afetado for o esquerdo, existem vários métodos de reeducação. É importante que o EEER, dependendo do tipo de afasia (motora ou de Broca, sensorial ou de Wernicke, condução e global ou total), facilite a capacidade de compreensão e/ou expressão para que se consiga reduzir a frustração por parte do doente. Deve-se encorajar a fala, dar tempo ao doente para se expressar, repetir a mensagem, não valorizar a pronúncia imperfeita, encorajar frases curtas, incentivar a expressar-se calmamente, permitir formas alternativas de expressão (escrita, cantar, pintar, desenhar), utilizar sempre o contacto visual, manter uma atitude positiva, entre outras (Menoita, 2012).

Para alteração da capacidade de cálculo, que envolve uma série de processos cognitivos complexos, a única forma de intervir é com o treino. Deve-se, por exemplo, solicitar ao doente para executar operações aritméticas simples, aumentando o grau de dificuldade.

Alteração na deglutição

Para a alteração da deglutição ou disfagia, torna-se necessária uma intervenção o mais precoce possível, pois está associada muitas vezes a várias complicações, como o aumento das secreções orais que podem conduzir à obstrução das vias respiratórias e à pneumonia de aspiração, desidratação, perda de peso e má nutrição (ESO, 2008).

Antes de qualquer administração de alimentos líquidos ou sólidos o EEER deve proceder a uma correta avaliação: observar o controlo da cabeça numa posição sentado a 90°, avaliar a simetria da face e dos lábios, observar a capacidade do doente para fechar firmemente os lábios, observar a simetria interna da boca e observar o estado geral dos dentes colocando prótese dentária se for o caso (DGS, 2010).

A intervenção do EEER no doente com disfagia passa não só pela avaliação, como também pela classificação da mesma. Deve-se administrar 10 ml de água utilizando uma colher e se o doente deglutir administra-se 50 ml num copo pequeno realizando-se posteriormente a classificação (Monteiro, 2010).

A disfagia pode ser considerada leve ou grave de acordo com a avaliação dos seguintes parâmetros: gotejar de água pela boca, movimento laríngeo, tosse na deglutição e estridor na deglutição (Padovani, et al, 2007). Se esta for classificada como grave deve-se proceder à colocação de uma sonda naso-gástrica. Se se classificar como leve, o EEER deve, na hora da refeição: proporcionar ao doente um ambiente calmo; sentá-lo confortavelmente com costas apoiadas, tronco ereto e pés bem assentes no chão (se o estado clínico o permitir); administrar pequenas quantidades de alimento com uma colher certificando-se que os mesmos não ficam retidos na cavidade oral; providenciar inicialmente uma dieta pastosa progredindo para mole; evitar a administração de líquidos puros privilegiando utilização de espessante; estimular o doente a alimentar-se sozinho ajudando-o na preparação prévia dos alimentos e recorrer à utilização de dispositivos de compensação se necessário (Branco & Santos, 2010).

São vários os exercícios que se podem realizar para recuperar o doente com disfagia. De salientar, exercícios passivos e/ou ativos dos músculos da face, exercícios para os lábios e língua e de expressão facial.

Alteração do padrão de eliminação vesical e intestinal

A incontinência urinária é comum após AVC principalmente nos doentes mais idosos, mais incapacitados e com maior deterioração cognitiva (ESO, 2008).

O doente em fase aguda de AVC apresenta habitualmente bexiga neurogénica desinibida, resultante da lesão cerebral. Esta caracteriza-se pela capacidade normal ou diminuída, com ausência do controlo voluntário da micção e volume residual nulo.

Inicialmente o doente pode apresentar retenção urinária por supressão do tónus dos músculos da bexiga, sendo necessário nesta fase recorrer à algaliação. Com a melhoria da situação clínica há indicação para desalgaliar e recorrer a cateterismos intermitentes, se necessário. Se o doente conseguir urinar espontaneamente, mas apresentar perdas involuntárias de urina deve-se estabelecer e adequar um horário em função dos líquidos ingeridos.

Deve-se ensinar ao doente, técnicas de reeducação perineal, através do treino vesical, permitindo deste modo o restabelecimento cortical sobre a bexiga – terapia comportamental (Branco, 2009).

O fortalecimento da musculatura pélvica através de exercícios de Kegel, também são benéficos para o fortalecimento muscular.

Após o AVC, o doente pode ficar com incontinência fecal, pois pode apresentar um intestino neurogênico desinibido. Neste caso, a sensibilidade e os reflexos estão mantidos mas está diminuído o controlo voluntário do esfíncter anal, situação que normalmente é ultrapassada (OMS, 2003).

O aparecimento de obstipação é mais frequente, pois, devido à imobilidade em geral, há uma diminuição da atividade reflexa do intestino e dos movimentos peristálticos.

Nesta situação é importante ter conhecimento acerca do ritmo, horário e ritual de eliminação do doente antes do AVC. Deve-se providenciar uma dieta rica em fibras, reforçar o aporte hídrico, evitar a imobilidade prolongada levantando o doente logo que haja indicação, realizar massagem abdominal e proceder ao despiste de fecalomas, distensão abdominal, cólica abdominal e presença de ruídos hidroaéreos (Branco & Santos, 2010).

Alteração da integridade cutânea

A alteração cutânea mais frequente no doente com AVC são as úlceras de pressão.

A úlcera de pressão é uma lesão localizada na pele ou tecido subjacente, que se localiza normalmente numa proeminência óssea, como resultado da pressão exercida ou de uma combinação entre a pressão e forças de torção (European Pressure Ulcer Advisory e National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009).

As úlceras de pressão são um problema de saúde pública e um indicador da qualidade dos cuidados prestados (DGS, 2013).

Os doentes acometidos por AVC, desenvolvem frequentemente úlceras de pressão, pois estão sujeitos a alterações da mobilidade, da sensibilidade, à humidade excessiva devido à incontinência de esfíncteres, tornando-se todos estes itens fatores de risco. Outros fatores de risco são a idade, a desnutrição, a desidratação, o peso corporal (doente emagrecido ou obeso), o estado da pele e o estado geral. Todos estes fatores são muito frequentes em doentes com AVC internados no serviço de Medicina.

É de extrema importância identificar os doentes em risco de desenvolver úlceras de pressão. No serviço de Medicina UF3, no momento da admissão, é usada a escala de

Braden para essa avaliação realizando-se posteriormente reavaliações de 48 em 48 horas ou sempre que haja uma alteração significativa.

Como estratégias para a prevenção das úlceras de pressão em doentes com risco elevado de as desenvolver, deve-se promover uma higiene adequada, mantendo sempre a pele limpa, seca, hidratada e protegida, realizar posicionamentos de 2 em 2 horas com dispositivos adequados e atuar noutros fatores de risco como a desidratação e a desnutrição.

Alteração na sexualidade

A sexualidade é uma dimensão constitutiva da identidade e da personalidade de cada ser humano (Menoita, 2012).

Segundo a OMS a sexualidade humana forma parte integral da personalidade de cada um. É uma necessidade básica de cada um que não pode ser separada de outros aspetos da vida.

A pessoa, após AVC, apresenta alterações da sexualidade podendo estas alterações serem uma consequência direta do AVC ou advirem de fatores psicossociais como a depressão.

De um modo geral, na nossa sociedade, o tema da sexualidade continua cheio de preconceitos, discriminações, tabus, que se acentuam nos doentes com AVC.

É normal existir uma diminuição do desejo sexual em doentes após ocorrência de AVC, devido principalmente às atitudes sociais que tendem a dessexualizar estas pessoas, às alterações da imagem corporal e da autoestima, à redução da mobilidade e às dificuldades de controlo vesical e intestinal, bem como aos efeitos provocados pela medicação (Menoita, 2012).

Assim, é importante a reabilitação sexual dos doentes com AVC, devendo fazer parte da promoção da readaptação global do doente, pois a negligência nesta área leva a uma má prática muitas vezes por omissão (Cardoso, 2004).

O EEER deve ultrapassar os tabus da sexualidade, tentando encorajar o doente ou o casal a falar acerca da temática, realizando um aconselhamento simples, proporcionando informação adequada no esclarecimento acerca dos efeitos, processos de tratamento, resolução de conflitos do casal e modificações de comportamentos e crenças (Menoita, 2012).

Nesta problemática, e atendendo a que a reabilitação deve ser baseada numa abordagem multidisciplinar, pode ser necessário encaminhar o casal para psicoterapia ou terapia sexual (Marques et al, 2008).

Alteração emocional e social

O doente acometido por um AVC, para além das consequências diretas da lesão pode experienciar alterações emocionais, como a ansiedade e depressão (Cancela, 2008). Estas alterações podem levar a um maior comprometimento funcional uma vez que o doente deixa de cuidar de si e de investir no processo de reabilitação. Por outro lado originam dificuldades de relação com a família e amigos, conduzindo a um isolamento social dificultando a reintegração familiar e social.

É indispensável estabelecer uma relação de confiança com o doente, onde a confidencialidade, a partilha, a segurança e o reforço positivo se tornem basilares. Deve-se promover a socialização, fomentando o recurso à sua rede de suporte social (Menoita, 2012).

É fundamental promover a autoestima destes doentes, promovendo a sua participação em atividades diárias ou em grupos de atividades, tornando a família parceira e prestadora de cuidados.

O EEER tem um importante papel na preparação da alta do doente, pois um inadequado planeamento da mesma contribui para uma má utilização dos recursos da comunidade, inadequado acompanhamento após a alta e o recurso a serviços de saúde por insuficiente ensino ao doente e família/prestador de cuidados.

O planeamento da alta é um processo que se inicia no momento da admissão e continua até ao momento da alta, constituindo-se como parte importante e dinâmica do plano de tratamento.

O regresso a casa do doente com AVC, torna-se um processo complexo que exige do EEER uma garantia da continuidade dos cuidados ao doente, sendo necessária uma atuação planeada e organizada com vista a esta finalidade (Branco & Santos, 2010).

O meio familiar constitui o melhor enquadramento para a continuação do processo de reabilitação do doente. Assim, a família/prestador de cuidados é um recurso disponível a ser usado pelo doente desde que, devidamente ensinada, instruída e

treinada. Dessa forma, é fundamental consciencializar e habilitar o doente/família de que, de uma forma personalizada e de acordo com os meios disponíveis em casa, todos os exercícios são passíveis de serem realizados no domicílio.

No entanto, alterações da sociedade atual e novas linhas orientadoras de saúde geram novas exigências no âmbito da prestação de cuidados.

Surge então em 2006 a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), através do Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de junho, como forma de dar resposta às crescentes necessidades de cuidados de saúde e apoio social, possibilitando a continuidade dos cuidados aos doentes após um internamento em hospital de agudos.

A RNCCI tem várias hipóteses de resposta dependendo das necessidades do doente/família. Após alta clínica, dependendo dos critérios, o doente pode ser integrado numa unidade de internamento de convalescença, de média duração ou de reabilitação. Pode também ter alta para o domicílio com apoio da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

O sucesso da reabilitação depende do grau de motivação e envolvimento por parte do doente e da família neste processo, facto que ressalta da prática diária da reabilitação (Langhorne, P. et al., 2011).

2.2 - AUTOCUIDADOS NA PESSOA COM AVC EM LINGUAGEM CIPE

As políticas de saúde procuram capacitar a pessoa para que esta consiga gerir com maior eficácia os processos de saúde doença, ao centralizarem a responsabilização na pessoa/cuidador para cuidar de si própria nomeadamente no que refere as AVD em que, com ajuda de profissionais, há a procura de comportamentos adequados face às suas necessidades (Petronilho, 2012).

As AVD's fazem parte do quotidiano de todas as pessoas sendo consideradas atividades de autocuidado que segundo Orem (1980) são atividades que a pessoa realiza em seu próprio benefício para manter o bem-estar, saúde e vida.

O foco autocuidado consta do resumo mínimo de dados, do sistema de informação e do core de indicadores de enfermagem, para o repositório central de dados

de saúde, encontrando-se orientado para o enunciado descritivo dos padrões de qualidade de Enfermagem de Reabilitação definidos pela Ordem dos Enfermeiros “O bem-estar e o autocuidado” (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A reabilitação é uma das inúmeras funções da enfermagem, que procura a independência para a realização do autocuidado. Este, e segundo Orem (1995), é entendido como sendo um conjunto de ações desenvolvidas pelo indivíduo/cuidador para atender às AVD's que são aprendidas e aperfeiçoadas ao longo da vida.

O EEER pretende ajudar a pessoa a alcançar o seu próprio nível de saúde, quer pela otimização de recursos externos, quer pela orientação prestada, promoção e desenvolvimento de todo um potencial individual que seja capaz de contribuir para a concretização do projeto de saúde.

A pessoa que sofreu um AVC manifesta quase sempre alterações em diversos autocuidados levando a um comprometimento da sua independência. Estas, por norma, têm um grande grau de prontidão para aprender, o que torna o hospital um local privilegiado para essa reeducação (Pender in Silva, 2007).

Quando a pessoa sofre um AVC, a sua família e o seu meio ambiente também sofrem alterações. Para a pessoa, representa uma diminuição da sua autonomia, para a família pode representar alterações de papéis e problemas económicos e para a sociedade diminuição da produtividade e elevada utilização dos serviços de saúde (Menoita, 2012).

O EEER deve promover na pessoa com AVC a máxima independência, promovendo segurança no desempenho das atividades de autocuidado e prevenindo complicações. Deve planificar rigorosamente a sua intervenção de modo a atenuar os problemas detetados e se necessário recorrer a produtos de apoio (ex.: assentos de banheira, barras de apoio, pratos e talheres adaptados, material anti derrapante, entre outros) para aumentar a autonomia do doente.

Existem diversos fatores que contribuíram para que o autocuidado fosse considerado foco de atenção no domínio da saúde: mudança de paradigma de cuidados curativos para uma lógica orientada para a promoção da saúde; contenção de custos levando a internamentos mais curtos e aumentando a relevância dos cuidados no domicílio; maior consumo de informação por parte da pessoa tornando-a mais motivada

para melhorar a saúde e o bem-estar; o envelhecimento da população que a torna mais dependente devido às doenças crónicas (Petronilho, 2012).

O autocuidado encontra-se entre aqueles focos de enfermagem que são mais sensíveis aos cuidados e à tomada de decisão. Os resultados esperados são a promoção da independência ou a melhoria no grau de dependência no autocuidado, assim como na aquisição de conhecimento, por parte da pessoa, sobre estratégias adaptativas para lidar com os défices no autocuidado (Pereira, 2007).

No programa de reabilitação o treino das AVD's é essencial para a promoção do autocuidado.

A versão dois da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) define autocuidado como uma atividade realizada pelo próprio em que trata do que é necessário para se manter operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as AVD's (ICN, 2011).

A CIPE é uma classificação do International Council of Nurses (ICN) que está integrada no aplicativo informático SAPE, foi concebido para facilitar a comunicação dos enfermeiros com outros enfermeiros, profissionais de saúde e responsáveis pela decisão política, acerca da sua prática. Esta facilita aos enfermeiros a documentação padronizada dos cuidados prestados aos doentes, sendo que os dados obtidos podem sustentar a tomada de decisões, melhorando a qualidade dos cuidados prestados aos doentes/cuidadores (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Na prática, permite a classificação de aspetos de saúde com relevância para a prática de enfermagem, como são os autocuidados, formando os fenómenos/focos de atenção, posteriormente institui-se ações de Enfermagem de Reabilitação e avalia-se os resultados obtidos.

Para este estudo foram analisados os autocuidados higiene, uso do sanitário, transferir-se, deambular e alimentar-se. Foi verificada a evolução da dependência nestes autocuidados (dependente em grau elevado, moderado, reduzido e independente) nos doentes com AVC isquémico, internados no serviço de Medicina UF3 do CHTS EPE, nos meses de maio a dezembro do ano de 2011, na admissão e na alta.

3 - DEMORA MÉDIA DE INTERNAMENTO HOSPITALAR CONTEXTUALIZAÇÃO ATUAL

Deparamo-nos com um envelhecimento demográfico e um progressivo aumento da dependência funcional das pessoas (Costa, 2009), com uma evolução positiva ao nível da esperança média de vida e das mortalidades por doença isquémica o que significa necessidades adicionais de cuidados. Sabemos que o AVC é a maior causa de deficiência e incapacidade acarretando elevados períodos de internamento, recursos e despesas na saúde (Patel et al, 2004).

Estamos perante um quadro de forte restrição orçamental em que há uma contenção de gastos públicos. No entanto, é-nos exigido a salvaguarda dos níveis de acesso e eficiência e a resposta às necessidades de saúde dos cidadãos ao nível da prestação de cuidados e sem perda de qualidade (ACSS, 2012).

Ressalta-se a necessidade de serem implementadas medidas e efetuadas escolhas, que mantenham a qualidade dos cuidados e diminuam os custos.

O principal objetivo do SNS é promover o acesso e uma prestação de cuidados de saúde com a melhor qualidade possível, sendo que aqui, o hospital desempenha um papel fundamental uma vez que permite a concentração de recursos necessários para que se verifique um nível de especialização dos serviços tendo como prioridade a segurança e a qualidade (Fernandes et al, 2010). Este é um setor com elevados custos, realidade que se tem vindo progressivamente a agravar nos últimos anos pondo em causa a sua sustentabilidade.

No Plano Nacional de Saúde 2011-2016 dos cuidados de saúde hospitalares, surgem um conjunto de recomendações que contribuem para introduzir uma melhoria ao nível do acesso e qualidade dos cuidados e dotar o sistema de melhores estruturas de gestão de forma a potenciar mais ganhos em saúde num quadro de sustentabilidade.

Em Portugal cerca de 70% da despesa de saúde é pública, representando o SNS quase 60%, sendo que metade das suas verbas são consignadas aos hospitais (Lourenço, 2011). Exigem-se desenvolvimentos ao nível dos atuais contratos-programa dos

hospitais, nomeadamente a adoção de indicadores que influenciem na qualidade técnica e científica das prestações de cuidados (Fernandes, et al, 2010).

As despesas com a saúde não podem ser dissociadas dos ganhos em saúde e os hospitais, ainda que representem estruturas altamente consumidoras de recursos, são de importância crucial no SNS, pelo que se deve investir nos hospitais para que seja possível maximizar os ganhos em saúde, garantindo em simultâneo que os serviços sejam capazes de responder às expectativas dos doentes (Fernandes et al, 2010).

Segundo as projeções da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico) em 2008, estima-se que a média de gastos duplicará até 2050 se não forem adotadas medidas políticas. Assim, torna-se imperativo o controlo de gastos pela implementação de medidas que aumentem a eficiência.

Foi proposta a implementação de um processo de planeamento estratégico ao nível dos hospitais surgindo um conjunto de orientações das quais destaco: melhoria da eficiência nas demoras médias dos serviços, sendo atribuídos incentivos de acordo com o cumprimento das metas para os indicadores seleccionados (ACSS, 2012).

Os incentivos são distribuídos da seguinte forma: 60% para o cumprimento dos objetivos institucionais comuns a todos os hospitais e os restantes 40% para os objetivos institucionais de cada região (ACSS, 2012).

A demora média é um dos objetivos comuns a todos os hospitais tendo uma ponderação de 4%. (ACSS, 2012).

A demora média de internamento hospitalar é um indicador importante, que possibilita aferir a eficiência e os indicadores de qualidade dos estabelecimentos de saúde (Fernandes, 2011). A par dos custos médios, a demora média também se torna uma variável preditora do encargo financeiro que cada doente representa. Assim, a sua utilização tem vindo ao encontro da dificuldade dos gestores em quantificar o valor exato desse encargo (Lourenço, 2011).

A relevância da demora média continua no que diz respeito aos doentes, não só porque o prolongamento desnecessário da duração do internamento aumenta o risco de infeções nosocomiais (Henderson, 2006), como também enquanto financiadores do sistema, sendo que a demora média é importante porque está associada ao consumo de recursos.

Perante esta atualidade, sentiu-se necessidade de demonstrar o impacto que os cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação têm nos doentes e no sistema.

Estudos efetuados demonstram que há uma redução de tempos de internamento por eventos adversos e redução do consumo de recursos, quando se verificam dotações adequadas de enfermeiros e quando os cuidados são prestados por enfermeiros qualificados (Thungiaroenkul et al, 2007).

Do ponto de vista economicista, reduzir o número de enfermeiros traduz-se numa poupança aparente, mas na verdade, há uma perda de bem-estar para as pessoas internadas e um aumento dos custos económicos e sociais (Dall et al, 2009). Muitas vezes reduzir custos implica gastar mais.

Investigações antigas tinham os sintomas, bem-estar e rapidez da recuperação, como foco de atenção (Doran, 2011). Recentemente, a atenção dos investigadores centra-se nos resultados, tais como, satisfação dos doentes, mortalidade, demora média (Scherb, 2002).

Não existe uma unidade de medida para a qualidade, mas, para uma melhoria efetiva dos cuidados é necessária uma avaliação dos mesmos, bem como seu controlo através de itens previamente estabelecidos. Para este estudo foi analisada a demora média de internamento hospitalar.

3.1- GRUPOS DE DIAGNÓSTICOS HOMOGÉNEOS (GDH)

A metodologia dos GDH foi desenvolvida por Fetter e Thompson na universidade de Yale e aplicado inicialmente em New Jersey e nos Estados Unidos. O objetivo era criar um sistema com classes de doentes que pudesse estar na base de um modelo de financiamento prospetivo (Mateus, 2010), ou seja, agrupar os episódios de internamento hospitalar em categorias homogéneas no que diz respeito ao consumo de recursos, considerando para tal a duração do internamento (Fetter et al, citados por Costa et al, 2008).

Segundo o Portal de Codificação Pública e dos GDH (2011) este é um sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos que agrupa doentes do ponto

de vista de consumo de recursos colocando-os em grupos clinicamente coerentes. A cada grupo é associado um peso relativo, ou seja, um coeficiente de ponderação que reflete o custo esperado com o tratamento do doente típico agrupado nesse GDH.

Os GDH's permitem operacionalizar os produtos de um hospital. Os grupos foram concebidos de modo a serem coerentes do ponto de vista clínico e homogêneos no que diz respeito ao consumo de recursos, esperando-se que os doentes pertencentes a um mesmo grupo tenham respostas clínicas semelhantes e consumo de recursos idênticos (Bentes, 1996). Permitem aos administradores conhecerem melhor os doentes que são tratados no hospital e perceberem quanto custa o seu tratamento, possibilitando a comparação da produção e do desempenho em termos de eficiência e eficácia entre diferentes hospitais.

A elaboração dos GDH's obedece a alguns critérios: têm que ter um número manuseável de classes, cada GDH deve ser clinicamente relevante e coerente, devem conter doentes com padrões semelhantes do ponto de vista de consumo de recursos (Mateus, 2010). Assim, através do número de doentes saídos de cada GDH e a sua preponderância no total de doentes saídos, é possível calcular o índice de casemix (indicador que sintetiza toda a atividade hospitalar).

Este sistema de classificação de doentes possibilita o financiamento dos hospitais de acordo com a sua produção, complexidade e custos relativos dos doentes que tratam (Urbano & Bentes, 1990). Permite ainda avaliar a qualidade dos cuidados prestados através da comparação de tempos de internamento e a comparação de padrões de tratamento em casos semelhantes (Santana, 2005).

No decorrer dos anos foram desenvolvidas várias versões e revisões dos GDH. O processo de codificação é complexo mas a sua estrutura base compreende, à semelhança de qualquer sistema de classificação, um conjunto mínimo de dados. São determinantes as variáveis relativas ao diagnóstico principal, outros diagnósticos, procedimentos, idade, sexo e destino após alta para agrupar um episódio numa das 24 Grandes Categorias de Diagnóstico (GCD) e, dentro destas num dos GDH disponíveis (cerca de 669). Existem GDH cirúrgicos e GDH médicos (Portal de Codificação Clínica e dos GDH, 2011).

Para este estudo foi utilizada a tabela em vigor no CHTS EPE que se encontra na portaria n.º 839-A/2009 de 31 de julho, tendo sido analisados os GDH's 14 - Acidente Vascular Cerebral com Enfarte (Anexo II).

Este GDH ocupou a quinta posição dos GDH's com maior representação no CHTS EPE em 2010, e em 2011 ocupa a sexta posição só superado pelos internamentos relacionados com obstetrícia e neonatologia.

3.2 - ANÁLISE DA DEMORA MÉDIA DE INTERNAMENTO HOSPITALAR DO GDH 14

A demora média de internamento hospitalar expressa o rácio entre o número de dias de internamento dos doentes saídos e o total dos doentes saídos.

De acordo com dados da OCDE (2009), Portugal apresenta uma média de 6,8 dias de internamento sendo este valor superior à média dos países da OCDE que se encontra nos 6,5 dias.

Segundo o Relatório de Gestão e Documentos de Prestação de Contas Relativos ao Exercício de 2011 do CHTS EPE, de 2009 a 2011, as médias de dias de internamento foram de 6,5 dias em 2009, de 6,8 dias em 2010 e de 6,9 dias em 2011. Houve sempre um aumento dos dias de internamento que, segundo este relatório, está diretamente relacionado com o acréscimo de casos tratados de maior complexidade, bem como, com a idade dos doentes internados pelas especialidades médicas agravado pela dificuldade de referenciação.

Neste relatório, é também apresentada a demora média dos serviços de Medicina, que no ano de 2010 foi de 8,7 dias e no ano de 2011 de 8,6 dias.

No presente estudo foi analisada a demora média de internamento hospitalar dos doentes saídos com GDH 14, que foram internados no serviço de Medicina UF3 nos meses de maio a dezembro do ano de 2006 até ao ano de 2011.

Segundo a Portaria n.º 163/2013 de 24 de abril, o GDH 14 tem uma demora média de 9,9 dias a nível nacional, representando estes doentes uma diária de internamento calculada em 1.617,65 euros.

Numa tese de mestrado realizada por Jordão, E. (2012) verifica-se que a demora média do GDH 14 no Centro Hospitalar do Alto Ave EPE em 2006 foi de 7,05 dias e em 2007 foi de 7,22 dias.

Coelho, M. (2012) na sua tese de mestrado verificou que a demora média dos GDH's 14 no Centro Hospitalar do Porto em 2010 foi de 11,98 dias e em 2011 foi de 11,78 dias.

Um estudo realizado por Rua, M. em 2012, em que foi analisada a qualidade de vida do doente após acidente vascular cerebral verificou-se que 88% dos doentes teve AVC isquémico e que a demora média de internamento nesses doentes foi superior a 14 dias (80%).

Outro estudo realizado por Pereira S. et al (2004), em que foram estudados doentes admitidos com o diagnóstico de AVC nos serviços de Medicina interna do Hospital de São João do Porto com o objetivo de analisar a duração do internamento, a mortalidade e destino após alta desses doentes, concluiu que os doentes com AVC isquémico tiveram uma média de dias de internamento de 11,4 dias.

Outro estudo ainda, realizado por Ramos A. em 2012 em que foram analisados doentes com o diagnóstico de AVC que deram entrada no Hospital Sousa Martins, concluiu que os doentes com AVC isquémico tiveram uma média de internamento de 14,6 dias.

Dos estudos analisados, verifica-se que a demora média de internamento dos doentes com AVC isquémico varia entre 7,05 dias e 14,6.

II – ESTUDO EMPÍRICO

4- METODOLOGIA

4.1 – PERGUNTA DE PARTIDA

Após revisão do estado de arte desta temática emerge a seguinte questão de partida:

- Será que a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação nos doentes com AVC isquémico contribui para a alteração da demora média de internamento hospitalar?

4.2 – OBJETIVOS

4.2.1 – Objetivo geral

Após definição da pergunta de partida, propõe-se a realização de um trabalho de projeto que responda ao seguinte objetivo geral:

- Verificar se a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação nos doentes com AVC isquémico interfere na demora média de internamento hospitalar.

4.2.2 – Objetivo específico

Após estabelecido o objetivo geral, propõe-se que o seguinte trabalho de projeto responda ao seguinte objetivo específico:

- Verificar se os doentes com AVC isquémico que tiveram intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação têm evolução positiva na dependência nos autocuidados: higiene, uso do sanitário, transferir-se, deambular e alimentar-se.

4.3 – TIPO DE ESTUDO

O presente trabalho de projeto trata-se de um estudo descritivo, correlacional, de natureza quantitativa.

Pretende-se assim, e segundo Fortin (2009), explorar relações entre variáveis. Neste tipo de estudo não se pretende verificar hipóteses mas sim, responder à questão de investigação e interpretar os resultados (estudo descritivo correlacional).

É também de natureza quantitativa pois utiliza-se dados numéricos para obter informações, descrever e testar relações (Fortin, 2009).

4.4 – PROCEDIMENTOS

O presente estudo decorreu no CHTS EPE no serviço de Medicina UF3 tendo como amostra todos os doentes internados nesse serviço com o diagnóstico de AVC isquémico internados nos meses de maio a dezembro dos anos de 2006 até 2011.

Nos anos de 2006 a 2010 sem intervenção do EEER e no ano de 2011 com intervenção do EEER. O estudo comparativo com os diferentes anos resume-se ao período homólogo, ou seja, a comparação é feita entre os períodos de maio a dezembro dos diferentes anos.

A intervenção de Enfermagem de Reabilitação foi de 18 horas semanais, distribuídas pelas segundas, quartas e sextas-feiras, das 8 às 14 horas. Para este estudo foram excluídos todos os doentes que faleceram durante o internamento.

Como instrumento de recolha de dados utilizou-se o aplicativo informático de registos de enfermagem SAPE e dados dos processos clínicos fornecidos pelo serviço

de informática recorrendo à classificação por GDH's, após autorização do Conselho de Administração e Comissão de Ética do CHTS EPE (Anexo I).

Para o tratamento dos dados, utilizou-se o programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows na versão 21.0, utilizada estatística descritiva e inferencial.

4.5 – QUESTÕES ÉTICAS

Nas questões de natureza ética garante-se que toda a informação consultada foi tratada com toda a privacidade e confidencialidade sendo o anonimato sempre mantido. As variáveis em estudo respeitam a autonomia, não interferem com a prestação de cuidados e não têm por alvo o processo de tratamento.

Como benefícios deste estudo, realça-se os científicos que são decorrentes da investigação, já que o mesmo pretende sensibilizar para a necessidade de cuidados por parte dos EEER aos doente com AVC isquémico e a relação desses cuidados com a demora média de internamento hospitalar bem como a evolução das dependências nos autocuidados (higiene, uso do sanitário, transferir-se, deambular e alimentar-se).

5- APRESENTAÇÃO/ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

O presente trabalho de projeto, tal como se pode verificar no Quadro 6, inclui uma amostra de 436 doentes internados no serviço de Medicina UF3, com o diagnóstico de AVC isquémico (excluídos os falecidos durante o internamento), distribuídos pelos anos de 2006 a 2011 inclusive. Nestes 5 anos, dos 436 doentes, 235 eram do sexo masculino e 201 do sexo feminino. A média de idades de todos os doentes foi de $72,16 \pm 11,89$ anos (Gráfico 1) sendo que o sexo masculino teve uma média de idades inferior ($70,19 \pm 11,83$) ao sexo feminino ($74,46 \pm 11,56$). Nos homens tivemos um mínimo de idades de 33 anos e nas mulheres de 35 anos. O máximo de idade nos homens foi de 96 anos e nas mulheres 99 anos. A média de dias de internamento foi de $7,16 \pm 6,07$ dias (Gráfico 2) sendo ligeiramente superior no sexo feminino ($7,29 \pm 6,43$) comparativamente ao sexo masculino ($7,05 \pm 5,75$).

Quadro 6 - Distribuição da amostra por sexo, idade e dias de internamento

Sexo		Idade	Dias de Internamento
Masculino	N	235	235
	Média	70,19	7,05
	Desvio Padrão	11,83	5,75
	Mínimo	33	1
	Máximo	96	48
Feminino	N	201	201
	Média	74,46	7,29
	Desvio Padrão	11,56	6,43
	Mínimo	35	1
	Máximo	99	44
Total	N	436	436
	Média	72,16	7,16
	Desvio Padrão	11,89	6,07
	Mínimo	33	1
	Máximo	99	48

Gráfico 1 - Representação gráfica da média de idades da amostra

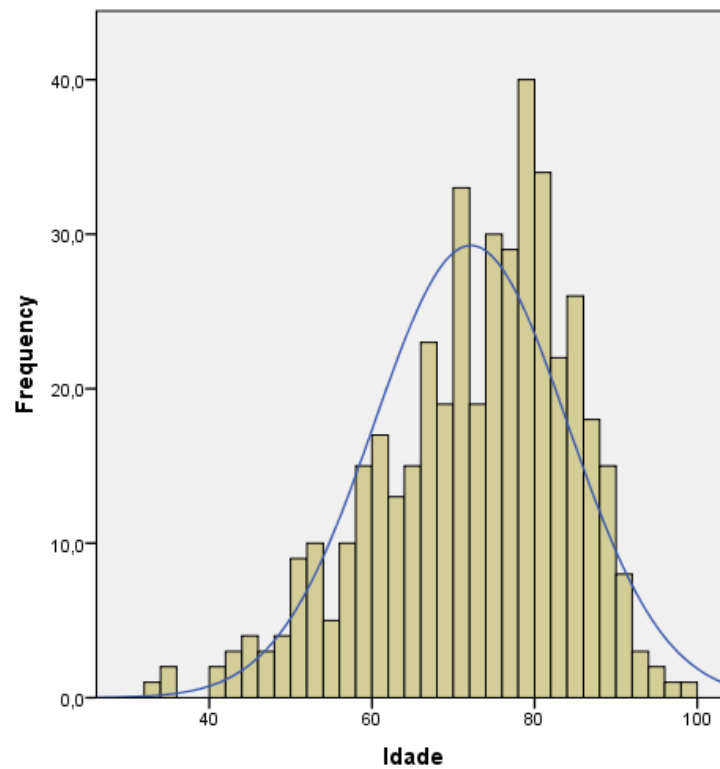
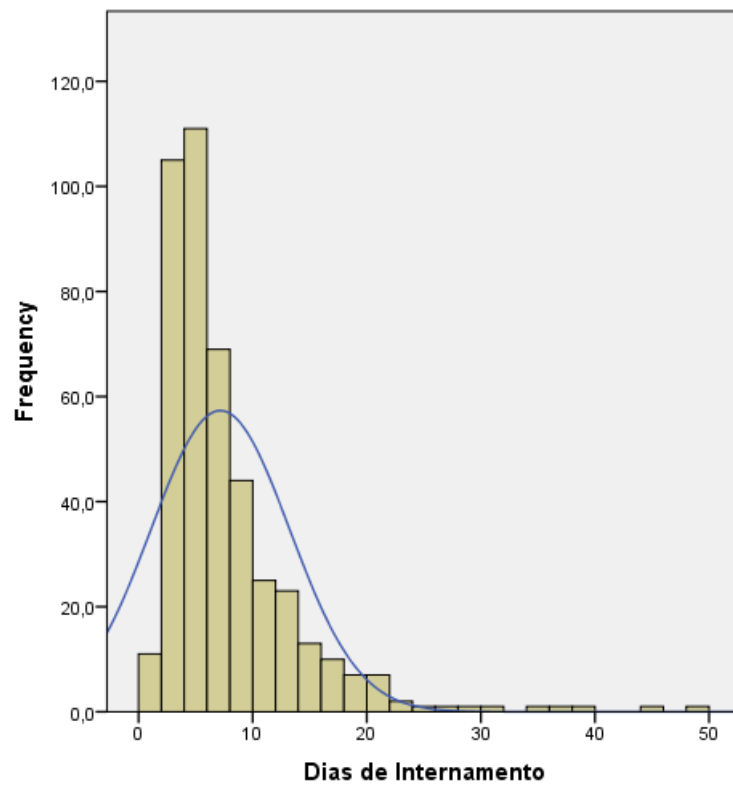


Gráfico 2 - Representação gráfica da média dos dias de internamento da amostra



Analisando ano a ano, em 2006 o número de doentes internados foram 112, em 2007 e 2008 foram 63, em 2009 foram 62 doentes, em 2010 foram 60 doentes e em 2011 foram internados 76 doentes, tal como se encontra representado no Quadro 7.

Com exceção dos anos de 2006 e 2011, o número de doentes internados com o diagnóstico de AVC isquémico foi aproximado. No ano de 2006 (n=112) e 2011 (n=76) verifica-se um número mais elevado de internamentos. No ano de 2006, o elevado número de internamentos deveu-se ao facto de todos os doentes com esta patologia serem internados nos serviços de Medicina. A partir desse ano foi aberta uma unidade de AVC no CHTS EPE tornando-se no serviço privilegiado para o internamento desses doentes. No ano de 2011 é visível um aumento de doentes internados com esta patologia no serviço de Medicina. Segundo a literatura, a elevada prevalência nacional de fatores de risco (Branco & Santos, 2010), torna o AVC um dos problemas neurológicos agudos mais comuns, sendo o principal responsável por internamentos hospitalares (Ferro, 2006).

A média de idades dos doentes em 2006 é de $70,52 \pm 12,04$ anos; em 2007 é de $70,48 \pm 13,05$ anos; em 2008 é de $69,81 \pm 13,09$ anos; em 2009 é de $73,05 \pm 11,58$ anos; em 2010 de $74,92 \pm 9,84$ e em 2011 de $75,03 \pm 10,53$ anos (Quadro 7 e Gráfico 3). Verifica-se que a média de idades é sempre maior de ano para ano com exceção dos anos de 2006, 2007 e 2008. Estas diferenças nas médias são pouco significativas, de 2006 para 2007 houve uma redução média da idade de 0,04 anos, de 2007 para 2008 uma redução de 0,67 anos. Prosseguindo com a análise, de 2008 para 2009 houve um aumento de média de idades de 3,24 anos, de 2009 para 2010 de 1,87 anos e de 2010 para 2011 houve um aumento da média de idades menos significativo de 0,11 anos. O maior aumento de idades claramente é do ano de 2008 para 2009.

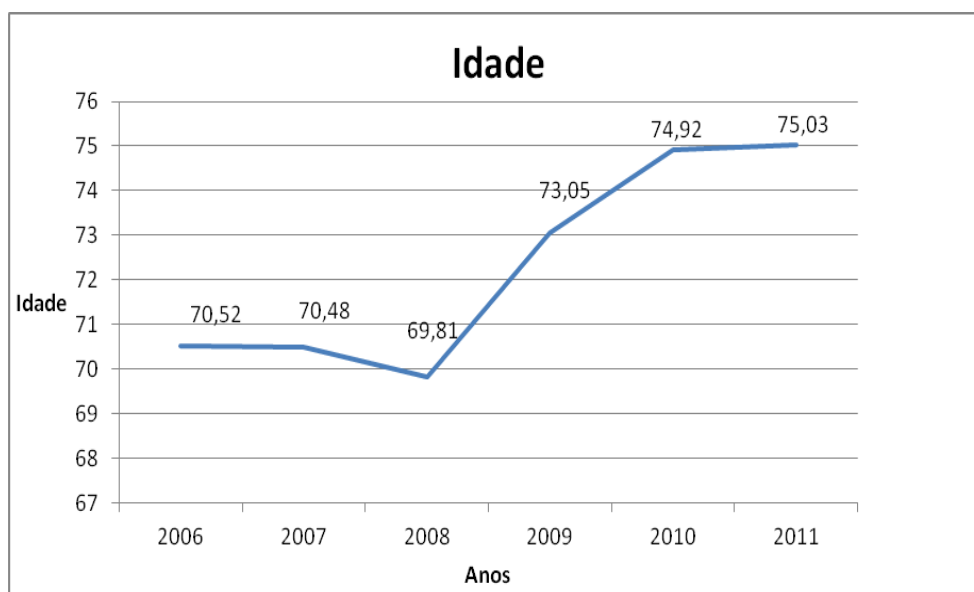
Ryerson (2009) refere que a idade é um fator de risco não modificável mais preocupante para a ocorrência de AVC. Dois terços de todos os AVC's ocorrem em pessoas com mais de 65 anos.

Nestes 5 anos, foi no ano de 2008 que se verificou tanto a idade mínima como máxima de internamento por AVC isquémico, com a idade mínima de 33 anos e máxima de 99 anos.

Quadro 7 - Distribuição da amostra segundo a idade por anos

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
N	112	63	63	62	60	76	436
Média	70,52	70,48	69,81	73,05	74,92	75,03	72,16
Desvio Padrão	12,04	13,05	13,09	11,58	9,84	10,53	11,89
Mínimo	35	34	33	42	47	44	33
Máximo	94	94	99	92	96	93	99

Gráfico 3 - Representação gráfica da amostra segundo a idade por anos



Verifica-se que nos anos de 2006, 2007 e 2008 a ocorrência de AVC isquêmico foi predominante no sexo masculino (63,39% vs. 53,97% vs. 53,97%). Em 2010, a incidência do AVC foi igual nos homens e nas mulheres (50%) e em 2009 e 2011 verificou-se uma maior incidência do AVC isquêmico no sexo feminino (53,23% vs. 51,32%), tal como se pode verificar no Quadro 8 e Gráfico 4.

De acordo com o Relatório do Ministério da Saúde (2006), a ocorrência de AVC é 1,3 vezes mais frequente nos homens do que nas mulheres com exceção da faixa etária com mais de 80 anos em que se verifica uma maior prevalência no sexo feminino devido à sua maior sobrevida.

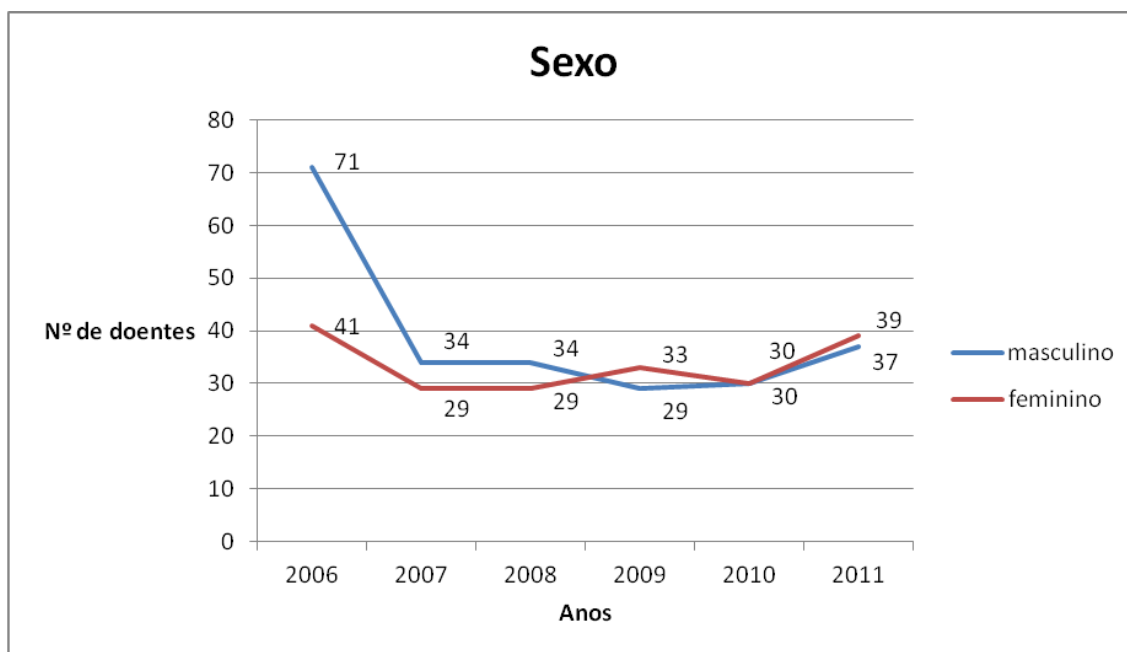
Na nossa amostra nos anos em que a média de idades é inferior (2006, 2007 e 2008) verifica-se, tal como refere a literatura, uma maior percentagem de AVC's nos homens. Com o aumento da idade média há uma maior percentagem de ocorrência de AVC nas mulheres (com exceção do ano de 2010 em que a percentagem foi igual).

No ano em que houve um maior aumento da média de idades (2009), também houve uma maior percentagem (53,23%) de ocorrência de AVC nas mulheres comparando com todos os anos.

Quadro 8 - Distribuição da amostra segundo o sexo por anos

	2006		2007		2008		2009		2010		2011		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	71	63,39	34	53,97	34	53,97	29	46,77	30	50	37	48,68	235	53,90
Feminino	41	36,61	29	46,03	29	46,03	33	53,23	30	50	39	51,32	201	46,10
Total	112	100	63	100	63	100	62	100	60	100	76	100	436	100

Gráfico 4 - Representação gráfica da amostra segundo o sexo por anos



Como se pode verificar na Tabela 1, realizando o teste de t-Student para as amostras independentes sexo e idade, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas quando se comparam homens e mulheres relativamente à idade em todos os anos, considerando um nível de significância de $p < 0,05$. No entanto realizando este teste à totalidade da amostra verificamos que há diferenças estatisticamente significativas quando se compara a idade entre os sexos ($p = 0$).

Tabela 1 - Significância estatística do teste de *t-Student* para amostras independentes – sexo e idade

Teste <i>t-Student</i> para amostras independentes - sexo e idade							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
N	112	63	63	62	60	76	436
Média	70,52	70,48	69,81	73,05	74,92	75,03	72,16
Desvio Padrão	12,04	13,05	13,09	11,58	9,84	10,53	11,89
T	-1,69	-2,09	-0,72	-0,71	-1,66	-1,84	-3,8
Sig. (2-tailed)	0,094	0,224	0,473	0,481	0,102	0,07	0

Quando analisada a amostra no que se refere ao destino de alta, considerando apenas alta para o domicílio e transferência para outra instituição, verificamos que, com exceção do ano de 2006, o número de transferências para outras instituições aumentou sempre, embora a maioria dos doentes tivesse tido alta para o domicílio (2006-95,50% vs. 2007-100% vs. 2008-98,40% vs. 2009-96,80% vs. 2010-95% vs. 2011-94,70%) como se pode verificar no Quadro 9 e Gráfico 5.

Analisando as percentagens de doentes que tiveram alta para o domicílio, estas foram sempre superiores a 94,70% (ano de 2011), tendo mesmo chegado a 100% no ano de 2007.

No Relatório de Gestão e Documentos de Prestação de Contas Relativos ao Exercício de 2011 do CHTS EPE, pode-se verificar que 93% dos doentes saídos do internamento tiveram alta para o domicílio e apenas 2% dos doentes foram transferidos para outras instituições tal como acontece na nossa amostra.

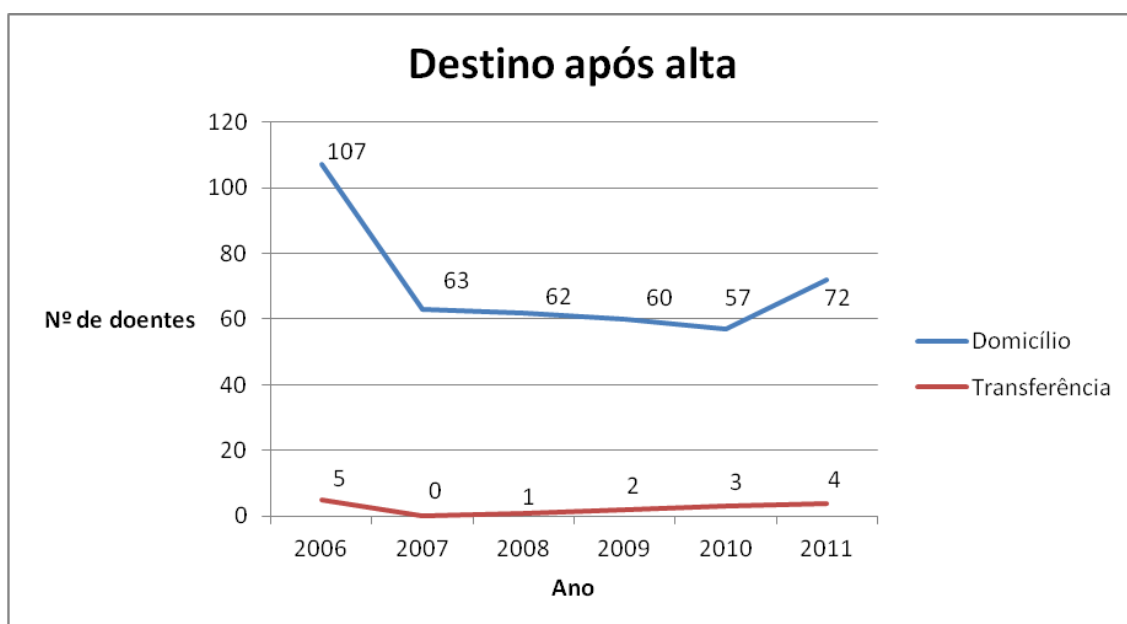
No estudo não foi possível analisar se a alta para o domicílio foi com ou sem acompanhamento da ECCI pois nos dados obtidos isso não era referido.

O Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho criou a RNCCI e neste estudo foi precisamente em 2006 que se verificaram um maior número de transferências.

Quadro 9 - Distribuição da amostra segundo o destino de alta por anos

	2006		2007		2008		2009		2010		2011		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Domicílio	107	95,50	63	100	62	98,40	60	96,80	57	95	72	94,70	421	96,56
Transferência	5	4,50	0	0	1	1,60	2	3,20	3	5	4	5,30	15	3,44

Gráfico 5 - Representação gráfica do destino após alta por anos



Analisando a amostra no que diz respeito à demora média de internamento hospitalar (Quadro 10 e Gráfico 6) verifica-se que em 2006 a demora média foi de $7,4 \pm 6,03$ dias; em 2007 foi de $5,97 \pm 5,40$ dias; em 2008 foi de $6,46 \pm 5,51$ dias; em 2009 a demora média foi de $7,92 \pm 7,28$ dias; em 2010 foi $8,45 \pm 7,67$ dias e em 2011 temos uma demora média de internamento de $6,74 \pm 4,17$ dias. No ano de 2011 a média de internamento é uma das menores de todos os anos com exceção do ano de 2007 e 2008 em que se verificou uma média de internamento inferior sendo que essa diferença é de 0,77 dias no máximo.

Analisando o desvio padrão, este é menor em 2011, o que significa que os dias de internamento tiveram uma menor variação nesse ano com um mínimo de dias de internamento de 2 e um máximo de 22.

Dos estudos analisados no ponto 3.2, verifica-se que a demora média de dias de internamento dos doentes acometidos por AVC isquémico nesses estudos variou entre 7,05 dias e 14,6 dias.

A média nacional de demora média destes doentes é de 9,9 dias sendo bastante superior à demora média dos doentes desta amostra.

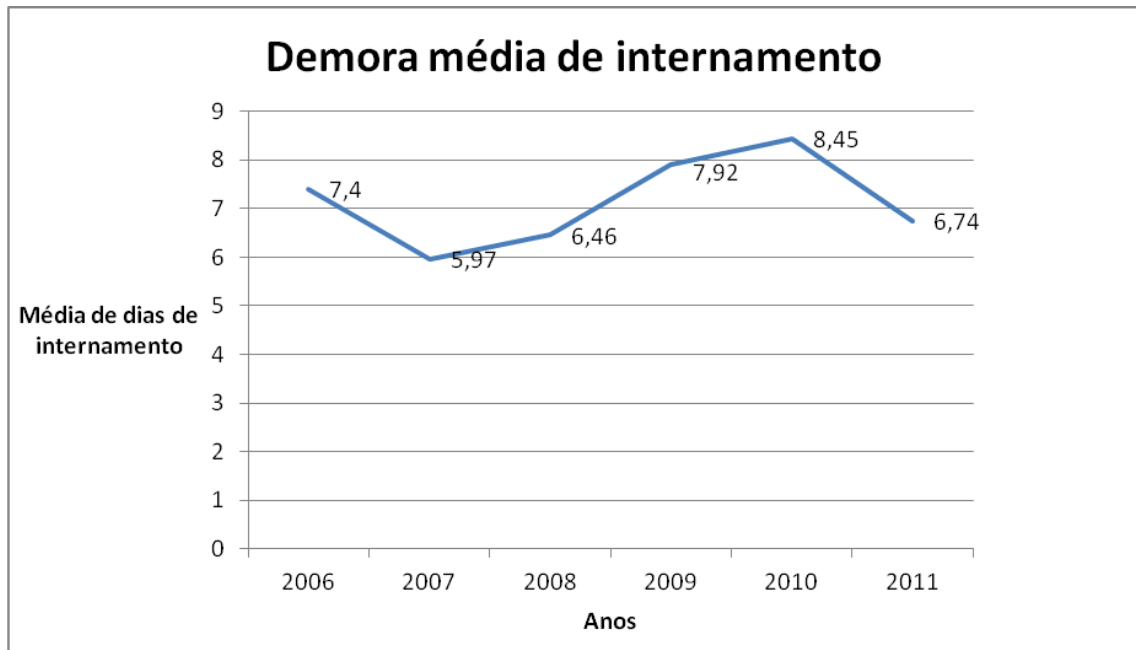
Comparando com a demora média de internamento contratualizada para todos os doentes do CHTS EPE (6,8 dias) verifica-se que, apesar de normalmente, estes doentes apresentarem uma demora média elevada ficou abaixo da demora média contratualizada para o hospital (6,7 dias).

No ano de 2011, todos os indicadores eram preditores de uma demora média mais elevada do que nos anos anteriores. O envelhecimento demográfico progressivo, que aumenta a incidência e prevalência do AVC (Ryerson, 2009), a referenciação dos doentes para a RNCCI, que na prática torna o internamento mais prolongado, pois o processo de colocação destes doentes é moroso devido à inexistência de vagas e a dificuldade em dar alta aos doentes para o domicílio, uma vez que, cada vez mais, as famílias se demitem do seu papel de cuidadores levando a um aumento do tempo de internamento hospitalar. Apesar de todos estes fatores, verificou-se uma média de dias de internamento mais baixa do que nos dois anos anteriores, que após análise de todos os dados (idade da amostra, mesma equipa multidisciplinar, conjuntura socioeconómica e anos abrangidos pelo mesmo contrato-programa hospitalar), se consideram os mais homogéneos.

Quadro 10 - Distribuição da amostra segundo a demora média de internamento por anos

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
N	112	63	63	62	60	76	436
Média	7,4	5,97	6,46	7,92	8,45	6,74	7,16
Desvio Padrão	6,03	5,40	5,51	7,28	7,67	4,17	6,08
Mínimo	1	1	1	1	2	2	1
Máximo	31	39	36	48	44	22	48

Gráfico 6 - Representação gráfica da amostra segundo a demora média de internamento por anos



Realizando o teste de t-Student para analisar se existe relação entre o sexo e os dias de internamento, verifica-se que não há diferenças estatisticamente significativas quando se comparam homens e mulheres relativamente aos dias de internamento em todos os anos. Tal como se verifica na Tabela 2, o valor de p foi sempre superior a 0,05.

O estudo realizado por Pereira S. et al (2004), também analisou o cruzamento destas duas variáveis tendo concluído que a duração do internamento foi significativamente maior nos homens do que nas mulheres (16,0 dias; 9,8 dias), conclusão que não entra em concordância com os resultados deste estudo.

Tabela 2 - Significância estatística do teste de *t-Student* para amostras independentes – sexo e dias de internamento

Teste <i>t-Student</i> para amostras independentes - sexo e dias de internamento														
	2006		2007		2008		2009		2010		2011		Total	
Sexo	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
N	71	41	34	29	34	29	29	33	30	30	37	39	235	201
Média	7,4		5,97		6,46		7,92		8,45		6,74		7,16	
Desvio Padrão	6,03		5,40		5,51		7,28		7,67		4,17		6,07	
T	0,57		-1,51		-1,23		0,74		-0,92		1,31		-0,41	
Sig. (2-tailed)	0,57		0,14		0,22		0,46		0,36		0,19		0,68	

Sendo o autocuidado o princípio fundamental que se encontra subjacente às intervenções autónomas de enfermagem e um componente na reabilitação de doenças crónicas (Sidani, 2011), decidiu-se analisar os autocuidados dos doentes com AVC isquémico na admissão e alta no ano de 2011 em que houve intervenção do EEER.

Foram então analisados os registos de enfermagem, através do aplicativo SAPE, de todos os doentes com AVC isquémico do ano de 2011 (excluídos os doentes que faleceram).

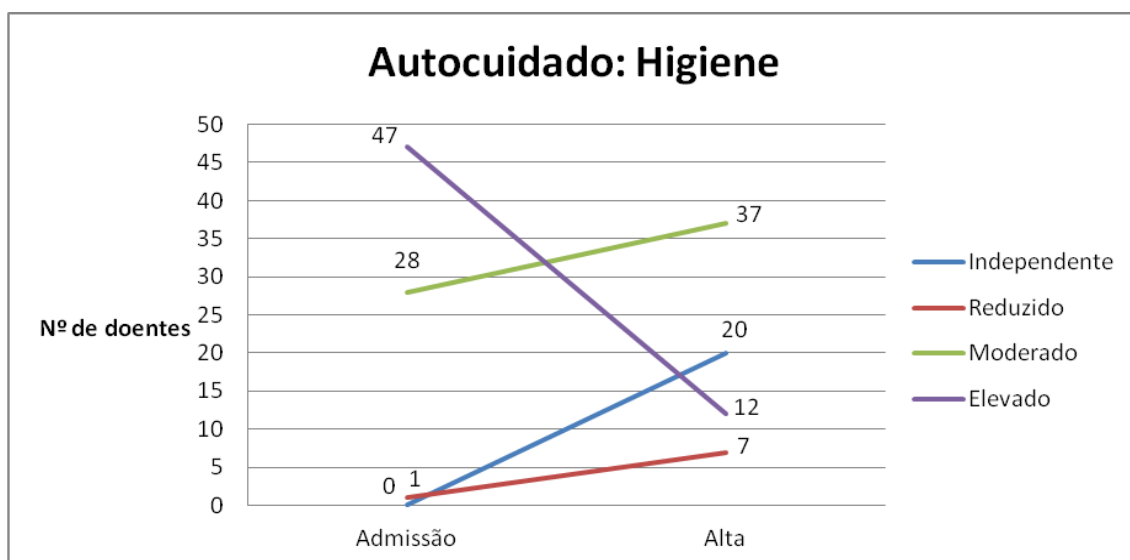
Quando analisado o autocuidado higiene na admissão e alta verifica-se que à entrada nenhum doente era independente e na alta havia 20 doentes independentes; dependentes em grau reduzido tínhamos 1 na admissão e aquando a alta 7; dependentes em grau moderado 28 à entrada e na alta 37 e dependentes em grau elevado à entrada tínhamos 47 e à saída 12 doentes, tal como se pode verificar no Quadro 11 e Gráfico 7.

Verifica-se uma evolução positiva da dependência neste autocuidado sendo que aquando a admissão 61,9% dos doentes eram dependentes em grau elevado e no momento da alta a maior percentagem era de doentes dependentes em grau moderado com 48,7%.

Quadro 11 - Autocuidado higiene na admissão e alta (ano 2011)

Autocuidado: Higiene				
Nível de dependência	Admissão		Alta	
	N	%	N	%
Independente	0	0	20	26,3
Reduzido	1	1,3	7	9,2
Moderado	28	36,8	37	48,7
Elevado	47	61,9	12	15,8
Total	76	100	76	100

Gráfico 7 - Representação gráfica do autocuidado higiene na admissão e alta (ano 2011)



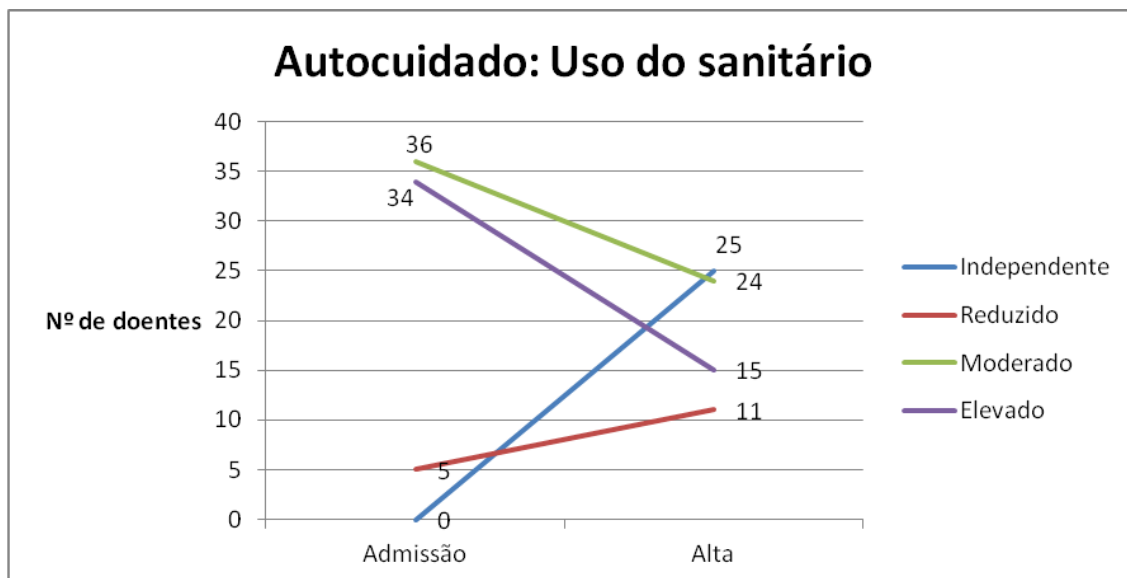
No autocuidado uso do sanitário verifica-se que à entrada não havia registo de doentes independentes e na alta 25 doentes eram independentes neste autocuidado; 5 doentes eram dependentes em grau reduzido na admissão e aquando a alta eram 11; dependentes em grau moderado à entrada eram 36 e à saída 24 doentes; na dependência em grau elevado na admissão foram registados 34 doentes e na alta 15 doentes. Houve um doente em que não havia registo deste autocuidado (Quadro 12 e Gráfico 8).

Na admissão a dependência que apresentava maior percentagem de doentes era em grau moderado (47,4%) e no momento da alta a maior percentagem era de doentes independentes com 32,9%.

Quadro 12 - Autocuidado uso do sanitário na admissão e alta (ano 2011)

Autocuidado: Uso do Sanitário				
Nível de dependência	Admissão		Alta	
	N	%	N	%
Independente	0	0	25	32,9
Reduzido	5	6,6	11	14,5
Moderado	36	47,4	24	31,6
Elevado	34	44,7	15	19,7
Missings	1	1,3	1	1,3
Total	76	100	76	100

Gráfico 8 - Representação gráfico do autocuidado uso do sanitário na admissão e alta (ano 2011)



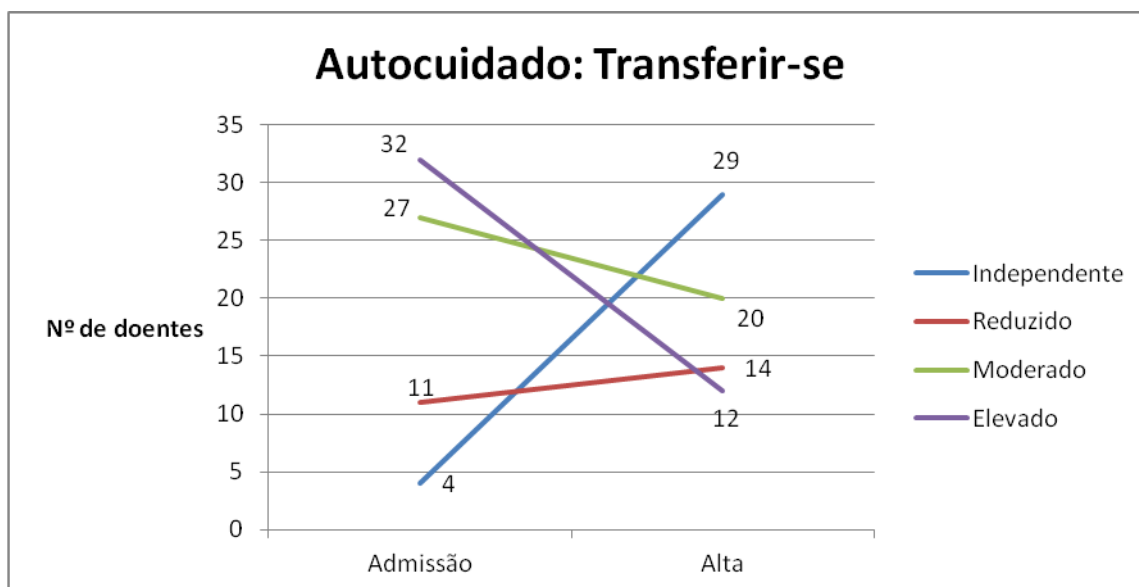
Analisando o autocuidado transferir-se, 4 doentes eram independentes à entrada e na alta havia 29 doentes independentes; dependentes em grau reduzido eram 11 na admissão e na alta 14; dependentes em grau moderado eram 27 doentes e na alta 20. A dependência em grau elevado foi aquela em que se identificou mais doentes (32doentes) à entrada e aquando a alta era a dependência menos identificada (12 doentes) como se pode verificar no Quadro 13 e Gráfico 9. Este autocuidado na admissão não foi registado em 2 doentes e na alta faltava o registo em 1 doente.

Na transferência a dependência que tinha maior percentagem na admissão era a dependência em grau elevado com 42,1% de doentes e aquando a alta a maior percentagem foi de doentes independentes com 38,2%.

Quadro 13 - Autocuidado transferir-se na admissão e alta (ano 2011)

Autocuidado: Transferir-se				
Nível de dependência	Admissão		Alta	
	N	%	N	%
Independente	4	5,3	29	38,2
Reduzido	11	14,5	14	18,4
Moderado	27	35,5	20	26,3
Elevado	32	42,1	12	15,8
Missings	2	2,6	1	1,3
Total	76	100	76	100

Gráfico 9 - Representação gráfica do autocuidado transferir-se na admissão e alta (ano 2011)



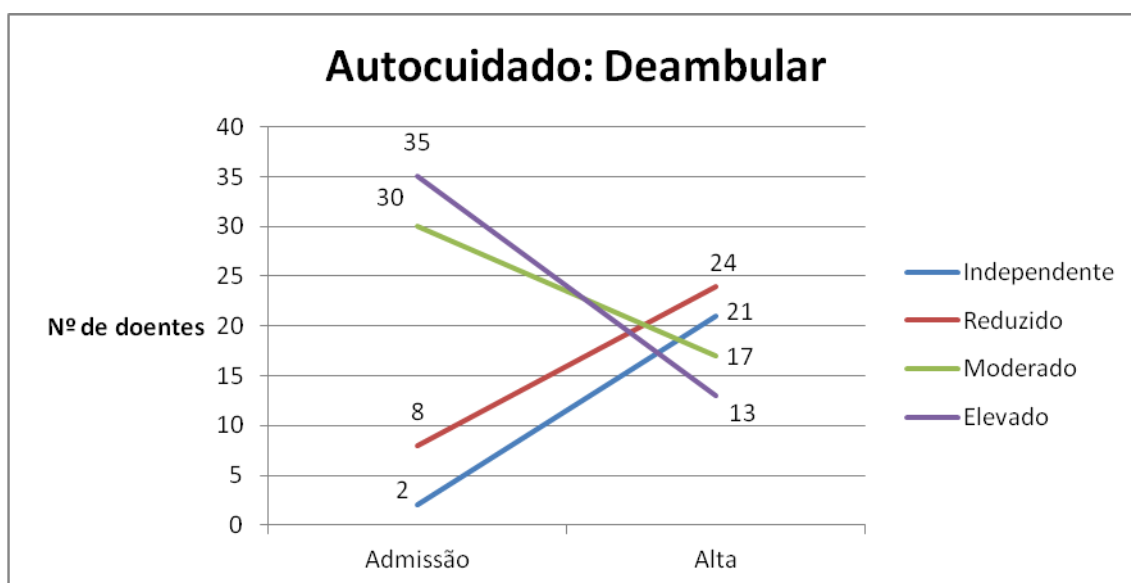
Quando analisado o autocuidado deambular, a dependência em grau elevado é aquela que se reflete em maior número com 35 doentes na admissão e 13 doentes na alta. Seguidamente, temos a dependência em grau moderado com 30 doentes na admissão e 17 na alta. Na dependência em grau reduzido, na admissão, tínhamos 8 doentes e aquando a alta 24 doentes e quanto aos doentes independentes eram 2 na admissão e 21 no momento da alta. Também neste autocuidado houve um doente sem registo (Quadro 14 e Gráfico 10).

Constatou-se que a dependência com maior percentagem de doentes na admissão era em grau elevado com 46,1% de doentes e no momento da alta era a dependência em grau reduzido com 31,6% de doentes.

Quadro 14 - Autocuidado deambular na admissão e alta (ano 2011)

Autocuidado: Deambular				
Nível de dependência	Admissão		Alta	
	N	%	N	%
Independente	2	2,6	21	27,6
Reduzido	8	10,5	24	31,6
Moderado	30	39,5	17	22,4
Elevado	35	46,1	13	17,1
Missings	1	1,3	1	1,3
Total	76	100	76	100

Gráfico 10 - Representação gráfica do autocuidado deambular na admissão e alta (ano 2011)



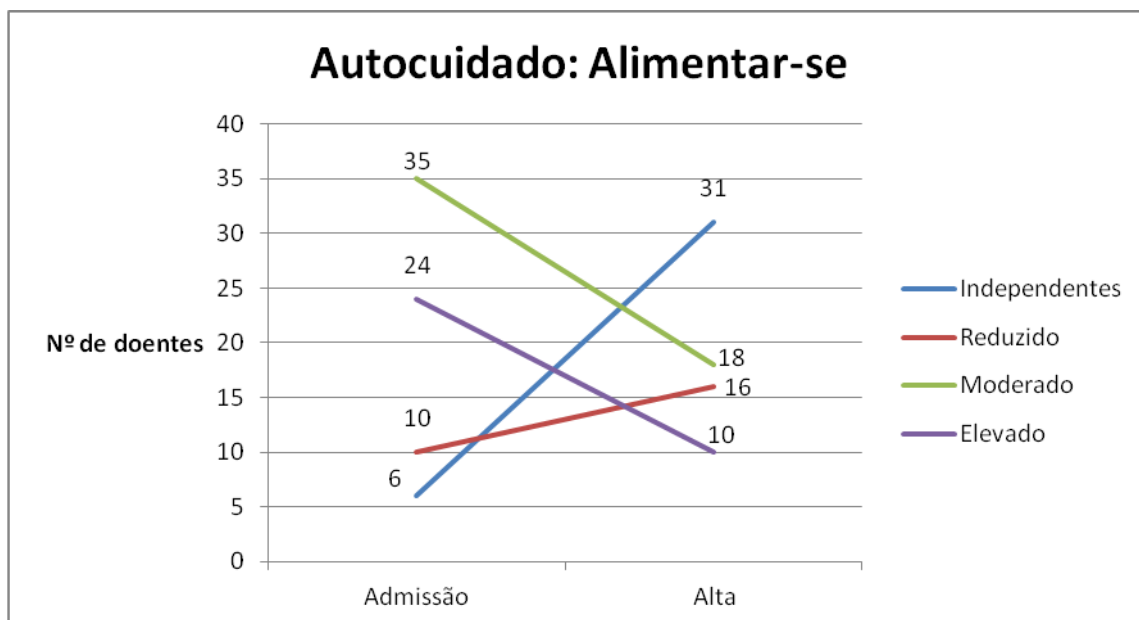
No autocuidado alimentar-se, à entrada, 6 doentes eram independentes e na alta 31; dependentes em grau reduzido eram 10 na admissão e 16 doentes na alta; dependentes em grau moderado na entrada eram 35 e à data de alta 18, dependentes em grau elevado eram 24 na admissão e no momento da alta eram 10 doentes. Também neste autocuidado 1 doente ficou sem registo (Quadro15 e Gráfico 11).

Analisando as maiores percentagens na admissão e alta verificamos que na admissão 46,1% dos doentes eram dependentes em grau moderado e na alta 40,8% dos doentes eram independentes.

Quadro 15 - Autocuidado alimentar-se na admissão e alta (ano 2011)

Autocuidado: Alimentar-se				
Nível de dependência	Admissão		Alta	
	N	%	N	%
Independente	6	7,9	31	40,8
Reduzido	10	13,1	16	21
Moderado	35	46,1	18	23,7
Elevado	24	31,6	10	13,2
Missings	1	1,3	1	1,3
Total	76	100	76	100

Gráfico 11 - Representação gráfica do autocuidado alimentar-se na admissão e alta (ano 2011)



Realizando o teste de *t-Student* para amostras emparelhadas, verificou-se que quando se comparam os dois momentos de avaliação, admissão e alta, obtiveram-se ganhos com significado estatístico nos 5 autocuidados, como podemos verificar na Tabela 3 em que $p=0$.

Tabela 3 - Significância estatística do teste de *t-Student* para amostras emparelhadas para os 5 autocuidados – comparação no momento da admissão e alta

Teste de <i>t-Student</i> para amostras emparelhadas - autocuidados na admissão e alta		
	t	Sig. (2-tailed)
Higiene	9,71	0
Uso do Sanitário	8,90	0
Transferir-se	9,78	0
Deambular	10,57	0
Alimentar-se	8,52	0

Analisando os 5 autocuidados, verificou-se que em todos eles se obtiveram ganhos significativos relativamente à dependência.

Da pesquisa efetuada não foram encontrados estudos acerca dos autocuidados em doentes com AVC isquêmico que nos permitam efetuar uma comparação com os nossos resultados.

Segundo a literatura, o EEER trabalha com os doentes para que estes consigam realizar as suas AVD's com o máximo de independência atingindo assim o nível máximo de independência funcional, promovendo o autocuidado (Hoeman, 2000).

CONCLUSÃO

O AVC é considerado, na Europa, a causa mais importante de morbilidade e incapacidade a longo prazo (ESO, 2008). Sabemos que é a maior causa de deficiência e incapacidade, acarretando elevados períodos de internamento, recursos e despesas na saúde (Patel et al, 2004).

O AVC isquémico representa cerca de 85% de todos os AVC's (Leal, 2001) e a elevada prevalência nacional de fatores de risco faz com que seja encarado como um dos mais importantes problemas de saúde pública que urge minorar (Branco & Santos, 2010).

O principal objetivo do SNS é o acesso a uma prestação de cuidados de saúde com a melhor qualidade possível, no entanto, é um setor com elevados custos, realidade que se tem vindo a agravar nos últimos anos pondo em causa a sua sustentabilidade (Fernandes et al, 2010).

Temos assistido a um processo de planeamento estratégico ao nível dos hospitais surgindo um conjunto de orientações das quais se destaca a melhoria da eficiência nas demoras médias dos serviços (ACSS, 2012).

As despesas em saúde não podem ser dissociadas dos ganhos em saúde tornando-se imperativo o controlo dos gastos mantendo a eficiência.

O Regulamento das Competências Específicas do EEER (2011), refere que estes profissionais concebem e implementam intervenções com o sentido de otimizar e/ou reeducar as funções ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da sexualidade e da eliminação; programam e implementam treino de AVD's tentando que a pessoa se adapte às restrições da mobilidade procurando a maximização da autonomia nos autocuidados e da qualidade de vida; implementam programas de treino motor e cardiorrespiratório.

Neste contexto, justifica-se o desenvolvimento deste tipo de estudos, de forma a sustentar a evidência científica na prática diária de cuidados, que permitam dotar os EEER de indicadores sensíveis aos seus cuidados.

De forma a verificar o objetivo geral, “Verificar se a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação nos doentes com AVC isquémico interfere na demora média de internamento hospitalar”, e o objetivo específico, “Verificar se os

doentes com AVC isquémico que tiveram intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação têm evolução positiva na dependência nos autocuidados: higiene, uso do sanitário, transferir-se, deambular e alimentar-se”, foram analisados os doentes internados no serviço de Medicina UF3, nos meses de maio a dezembro dos anos de 2006 a 2011, com o diagnóstico de AVC isquémico e verificada a demora média de internamento hospitalar. No ano de 2011, ano em que houve intervenção do EEER, foi avaliada a evolução na dependência dos autocuidados higiene, uso do sanitário, transferir-se, deambular e alimentar-se nos doentes com AVC Isquémico internados no serviço.

Apesar de todas as variáveis se apresentarem como preditoras do aumento dos dias de internamento, ou seja, o aumento significativo da média de idades, a presença de pluripatologias nos utentes mais idosos, a morosidade da transferência dos doentes para outra instituição e as famílias que cada vez mais são um entrave à alta hospitalar pois muitas vezes demitem-se do seu papel de cuidadores, verificou-se uma diminuição significativa da demora média de internamento hospitalar nos doentes com AVC isquémico no ano de 2011 relativamente aos anos de 2009 e 2010, que após análise de todos os dados (idade da amostra, mesma equipa multidisciplinar, conjuntura socioeconómica e anos abrangidos pelo mesmo contrato-programa hospitalar), se consideram os mais homogéneos.

A reabilitação é uma das inúmeras funções da enfermagem, que procura a independência para a realização do autocuidado, e na nossa amostra obteve-se sempre uma evolução positiva da dependência em todos os autocuidados analisados (higiene, uso do sanitário, transferir-se, deambular e alimentar-se) no ano de 2011. Pode concluir-se que apesar de esse ano apresentar uma média de dias de internamento inferior aos anos mais homogéneos (2009 e 2010), os doentes tiveram alta hospitalar com um nível de dependência inferior em relação ao momento de admissão. O EEER tem um papel determinante no internamento hospitalar destes doentes, uma vez que acompanha o doente e família durante todo o processo de recuperação, estabelecendo objetivos atingíveis com base numa relação de confiança, de forma a que o doente maximize o seu potencial de reabilitação.

O EEER é um elemento fundamental na equipa de saúde, sendo detentor de um conjunto de conhecimentos capazes de dar resposta às necessidades concretas da

população e às novas exigências em cuidados, contribuindo fortemente para a obtenção de ganhos em saúde em todos os contextos da sua prática (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Exerce também a função de guia orientador, conduzindo e orientando o doente e família, pelos caminhos e recursos possíveis, no interior da complexidade de toda a equipa multidisciplinar, para possibilitar a consecução dos melhores resultados possíveis (Benner, 2001). Tem também um importante papel na preparação da alta do doente, pois um ineficaz planeamento da mesma contribui para uma má utilização dos recursos da comunidade, inadequado acompanhamento após a alta e o recurso a serviços de saúde por insuficiente ensino ao doente e família/prestador de cuidados.

Assim, com base nos resultados obtidos, acredita-se que a intervenção do EEER se constituiu como uma mais-valia tendo contribuído para a diminuição da demora média de internamento hospitalar nos doentes com AVC isquémico no serviço de Medicina UF3 no ano de 2011.

A reabilitação torna-se necessária para minimizar sequelas, maximizar a qualidade de vida e promover a integração na sociedade. Assim, a reabilitação é imprescindível para a diminuição dos défices e aumento da funcionalidade dos doentes acometidos por AVC isquémico como demonstramos com a análise dos autocuidados nestes doentes.

Emerge a necessidade de dotar os EEER de indicadores sensíveis aos seus cuidados e demonstrar o impacto que esses cuidados têm nos doentes e no sistema.

Assim, sugerimos outros trabalhos nesse sentido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, D. (2010). *Avaliação de procedimentos para o Acidente Vascular Cerebral Isquémico*. Tese de Mestrado Integrado em Medicina. Universidade da Beira Interior.

ACSS (2007). Recomendações Clínicas para o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC). Consultado em 14 de Novembro de 2012 em <http://www.acs.minsaude.pt/files/2007/12/recomendacoesclinicas.pdf>.

ACSS (2010). Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Levantamento de determinações e recomendações da Organização Mundial da Saúde em Saúde.

ACSS. (2012). Relatório de Gestão e Documentos de Prestação de Contas Relativos ao Exercício de 2011. CHTS,EPE. Disponível em <http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/CH.T%C3%A2mega%20e%20Sousa.pdf>

ACSS. (2012). UOFC - Contrato-Programa 2012: Metodologia para definição de preços e fixação de objetivos. Disponível em http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/Metodologia_HH_ULS_2013.pdf

Benner, P. (2001). “De iniciado a perito; excelência e poder na prática clínica de enfermagem”. Coimbra: Quarteto.

Bentes M., Gonçalves M. Tranquada, S., & Urbano J. (1996). A utilização dos GDHs como instrumento de financiamento hospitalar. *Gestão hospitalar*, pp. 33-42.

Branco, T. & Santos, R. (2010). *Reabilitação da Pessoa com AVC*. Coimbra. Formasau.

Branco, T. (2009). Estratégias na incontinência urinária – novas abordagens. *Revista Sinais Vitais*. Coimbra n.º 83 pp. 16-23.

Brown, A. & King, D. (2011). Urgências Neurológicas. In: Sheely. *Enfermagem de Urgência da teoria á prática*. Loures: Lusociência, pp. 497-507.

Brunner; Suddart (1992). Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Vol.4. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Atheneu.

Caldas, C. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cadernos de saúde pública. Vol. 19, nº3, pp. 773-781.

Cancela, D. (2008). O acidente vascular cerebral – classificação, principais consequências e reabilitação. *Trabalho realizado no Estágio de Complemento da Licenciatura em Psicologia*. Universidade Lusíada do Porto.

Cardoso, J. (2004). Sexualidade na Doença Crónica e na Deficiência Física. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. Nº 20, pp. 385-94.

Coelho, M. (2012). *Produção hospitalar no Centro Hospitalar do Porto em 2010 e 2011*. Tese de Mestrado Integrado em Medicina. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Conselho Internacional de Enfermagem (2011). Classificação Internacional para a prática de Enfermagem CIPE/ICNP: versão beta 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Conselho Internacional de Enfermeiras (2006). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 1, Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.

Costa, et al (2008). Um olhar sobre a pobreza – vulnerabilidades e exclusão social no Portugal contemporâneo. Gradiva, Lisboa.

Costa, M. (2009). *Governança dos hospitais*. ARS de Lisboa e Vale do Tejo I.P..

Dall T, Chen Y, R Seifert, Maddox P, Hogan P. (2009). “O Valor Económico do Profissional de Enfermagem”. Assistência Médica.

Direção Geral da Saúde (2001). *Direcção de Serviços de Planeamento. Unidades de AVC: recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde pp. 26-28.

Direção Geral da Saúde. (2006). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares*.

Direção Geral da Saúde (2010). Criação e Implementação da Via Verde de Sepsis. Circular Normativa da Saúde.

Direção Geral de Saúde (2013). Portugal- Doenças cérebro-cardiovasculares em números- 2013. Programa Nacional para as doenças cardiovasculares. Lisboa.

Doran, D. (2011). *Nursing Outcomes- the state of the science*. 2ª ed. Canadá: Jones & Bartlett Learning.

Escoval A, Campos Fernandes A. (2010). Cuidados de Saúde Hospitalares, Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Alto Comissariado da Saúde.

European Pressure Ulcer Advisory Panel (2009). *Prevention treatment of pressure ulcers; quick reference guide*. National Pressure Ulcer Advisory Panel. Washington DC.

European Stroke Initiative. (2003). AVC Isquémico. Disponível em http://www.eso-stroke.org/pdf/EUSI_recommendations_flyer_portugal.pdf

European Stroke Organization (2003). *Recomendações para o tratamento do AVC*. Heidelberg.

European Stroke Organization (2008). *Recomendações para o tratamento do AVC Isquémico e do Acidente Isquémico Transitório 2008*.

Faro, A. (2006). Enfermagem em reabilitação: ampliando horizontes, legitimando o saber. *Revista Esc. Enfermagem USP*, São Paulo, v. 40, n. 1, pp. 128-33.

Fernandes, A. et al (2010). Cuidados de Saúde Hospitalares – Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Lisboa, Ministério da Saúde, pp. 13-17.

Fernandes, J. (2011) Demora média de internamento hospitalar. Consultado em 13 de Dezembro de 2012 em: <http://estadovigil.wordpress.com/author/jvarandas/>

Ferreira, C. et al (2006). *Factores de risco para acidentes vasculares cerebrais*. Consultado em 12 de Dezembro de 2012 em [http://www.spavc.org/Imgs/contente/page104/FRV para AVC.pdf](http://www.spavc.org/Imgs/contente/page104/FRV%20para%20AVC.pdf)

Ferro, J. (2006). Acidentes vasculares cerebrais. In Ferro, J., & Pimentel, J. *Neurologia : Princípios, Diagnóstico e Tratamento* (pp.77-87). Lisboa: Lidel.

Ferro, J., Pimentel, J. (2006). *Neurologia: princípios, diagnóstico e tratamento*. Lisboa: Lidel.

Gonçalves, L. (2012). Reabilitar para integrar. *Saber Viver*. Julho. pp. 55-56.

Hacke, W., et al. (2003) – *AVC isquémico*, European stroke initiative recommendations. Consultado em 27 dezembro 2012 em: http://www.eso-stroke.org/pdf/EUSI_recommendations_flyer_portugal.pdf.

Henderson, D. (2006) Managing methicillin-resistant staphylococci : paradigm for preventing nosocomial transmission of resistant organisms. *American Journal of Medicine*. P.119.

Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação : Criar Novos Caminhos*. Loures: Editora Lusociência.

Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo*. 2ª Ed. Loures: Lusociência.

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação-Prevenção, Intervenção e Resultados esperados* (4ª ed., pp. 840). Loures: Losodidacta.

INE (2012), *Tábua completa de mortalidade para Portugal 2009-2011*. Instituto Nacional de Estatística, pp.2-8.

Johnstone, Margaret (1979). *Enfermagem de Reabilitação*. Loures: Editora Lusociência. 1ª Edição.

Jordão, E. (2012). *A Problemática dos Reinternamentos: Análise Comparativa dos Serviços de Medicina das Duas Unidades do Centro Hospitalar do Alto Ave EPE*. Tese de Mestrado em Economia e Políticas de Saúde. Universidade do Minho. Guimarães.

Kuller, L. H. (2001). *Prevention of Cardiovascular disease and the future of cardiovascular disease epidemiology*. International Journal of Epidemiology. P. 7.

Langhorne, P. et al (2011). Stroke rehabilitation. Stroke care 2. Lancet 2011; pp.1693-1702.

Leal, F. (2001). *Intervenções de Enfermagem no Acidente Vascular Cerebral*. Coimbra: Editora Formasau.

Leitão, A. et al (2006). *Projetos Diretrizes*. Associação Brasileira de Medicina Física e Reabilitação.

Lianza, S. (2007). *Medicina de Reabilitação: Associação Brasileira de Medicina Física e Reabilitação Academia Brasileira de Medicina de Reabilitação* (4ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A..

Loff, A. (1999). Guia prática para a elaboração de currículos e relatórios de atividades. (3ª ed.). Coimbra: Editora Formasau.

Lourenço E. (2011) – Eficiência no Internamento hospitalar. Consultado em 11 de Novembro de 2012 em: <http://12cnes.apes.pt/LinkClick.aspx?fileticket=ASNCbbISFEU%3D&tabid=59&language=pt-PT>

Marques, F. et al (2008). Resposta sexual humana. *Revista Ciência. Méd. Campinas*. nº 17, pp. 175-183.

Martins, M. (2002). Uma Crise Acidental na Família O doente com AVC. Coimbra: Formasau.

Martins, N. (2007). *Envelhecimento e Iniquidades na Saúde*. Universidade Técnica de Lisboa. Tese de Mestrado em Economia e Política Social. Instituto Superior de Economia e Gestão. Lisboa.

Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral. Qualidade de Vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau.

Mateus, C. (2010). Sistemas de classificação de doentes como instrumento de gestão. In Simões, Jorge “30 anos de Serviço Nacional de Saúde”. Almedina, pp. 392-408.

Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC; Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Editora Lusociência.

Ministério da Saúde (2009). *Via Verde AVC na Região Norte*. Consultado em 17 de Novembro de 2012 em <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Ficheiros/Via%20Verde%20AVC%20na%20Regi%C3%A3o%20Norte.pdf>

Ministério da Saúde (2010). *Evolução dos Indicadores do Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Alto Comissário da Saúde. Lisboa.

Monteiro, L. (2010). Cuidados a pessoa com doença neurocirúrgica, Apontamentos do CPLEER, Escola Superior de Saúde Do Instituto Politécnico de Bragança.

Moreira, S. (2008). Análise da Eficiência dos Hospitais-Empresa: Uma aplicação da Data Envelopment Analysis. *Boletim Económico*.

Nitrini, R., Bacheschi, L.(2005). *A Neurologia que todo o médico deve saber*. (2ª ed). São Paulo: Atheneu.

Nobre M. (2004) Acidente Vascular Cerebral (AVC). Disponível em: <http://www.clientes.netvisão.pt/terapia/avc.htm>

Nunes et al (2005) *Evolução funcional de utentes após AVC nos primeiros seis meses após a lesão*. ESSFisioonline. Vol. 1, Nº 3.

O'Sullivan, S. (1993). Avaliação e Tratamento. São Paulo: Editora Manole. P.1200.

OECD (2009). Workshop on structural reforms and economic resilience: evidence and policy implications. Paris, OECD.

OECD (2011). Total expenditure on health. Health: Key Tables from OECD, 1.

OMS (2009). *Enfoque passo a passo da OMS para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais*. WHO Steps Stroke Manual.

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2005). Regulamento Profissional do Exercício dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2009). Modelo de desenvolvimento profissional: Sistema de Individualização das especialidades clínicas em enfermagem. Conselho de Enfermagem.

Ordem dos Enfermeiros (2010). – *Regulamento das competências específicas do EEER*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Proposta dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação.

Orem, D. (1980). Nursing: concepts of practice. 2. Ed. New York: McGraw-Hill, 1980. Ch.3, pp. 35-54.

Orem D. (1995). Nursing: concepts of practice. 5th ed. Saint Louis: Mosby.

Organização Mundial de Saúde (2009). “Enfoque passo a passo da OMS para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais” WHO STEPS STROKE MANUAL. ISBN 92 4 159404 7.

Organização Mundial de Saúde. (2003). Promovendo Qualidade de vida após Acidente Vascular Cerebral: um guia para fisioterapeutas e profissionais de atenção primária à saúde. Porto Alegre: Ed. Artmed.

Padovani, A., Moraes, D., Mangili, L. & Andrade, C. (2007). Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia. *Revista Sócio Brasileira Fonoaudiologia*. Vol. 12, nº 3, pp.199-205.

Patel, A. et al (2004) “Alternative Strategies for stroke care. Cost- effectiveness and cost-utility analyses from a prospective randomized controlled trial” stroke. pp.196-204.

Pereira, F. (2007). *Informação e Qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros – Estudo Empírico sobre um resumo mínimo de dados de Enfermagem*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem – Instituto de Ciências Abel Salazar – Universidade do Porto.

Pereira, S. et al (2004). Acidente Vascular Cerebral- Hospitalização, Mortalidade e Prognóstico, *Acta Med Port.* 17; pp. 187-192.

Petronilho, F. (2012). O Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem. Da conceptualização aos dados empíricos através de uma revisão da literatura dos últimos 20 anos (1990-2011). Coimbra: Formasau.

Pinto, V. (2001). Papel do enfermeiro na neuroavaliação do doente com alterações do nível de consciência. *Enfermagem em neurologia*. Coimbra: Formasau.

Portal da Codificação Clínica e dos GDH (2011). Grupos de Diagnósticos Homogêneos. Consultado em 10 de Novembro de 2012. Disponível em [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Grupos_de_Diagn%C3%B3sticos_Homog%C3%A9neos_\(GDH\)](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Grupos_de_Diagn%C3%B3sticos_Homog%C3%A9neos_(GDH)).

Portugal. Ministério da Saúde (2009). Portaria n.º 132/2009 de 30 de janeiro. DR I Série B, n.º 21, de 30 de janeiro de 2009, pp. 660-758.

Portugal, (2011). Regulamento n.º 125/2011. Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (D.R. 2ª Série, Nº 35, p. 8658-8659).

Ramas J. et al (2007). Effect of training programs and exercise in adult stroke patients: literature review” *Annales de readaptation et de médecine physique*. 50, 438-444.

Ramos, A. (2012). *Doença Cerebrovascular Aguda. Análise do tipo de cuidados recebidos pelos doentes que recorrem ao Serviço de Urgência do Hospital Sousa*

Martins – Guarda. Tese de Mestrado me Medicina. Universidade da Beira Interior. Covilhã.

Ringleb P., et al. (2008). *Guidelines for Mangement of Ischemic Stroke and Transient Ischemic Attack*. The European Stroke Initiative Organization. Consultado em 18 de Novembro de 2012 em http://www.eso-stroke.org/pdf/ESO08_Guidelines_English.pdf.

Ropper, A.H. et al (2005). *Principles of Neurology*. New York: ed. McGraw-Hill, 8th ed.

Ryerson, S. (2009). Hemiplegia In Umphred, D. A. *Reabilitação Neurológica*. Rio de Janeiro: Elsevier. pp. 769-811.

Ryerson S. e Levit K. (1997). *Functional movement reeducation: A contemporary model for stroke Rehabilitation*. New York, Churchill Livingstone.

Rua, M. (2012). *Qualidade de Vida do Doente Após Acidente Vascular Cerebral*. Tese de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Instituto Politécnico de Viseu.

Sales, F.; Iraci S. (2007). Perfil de idosos Hospitalizados e Nível de Dependência de Cuidados de Enfermagem: Identificação de Necessidades. *Texto e Contexto de Enfermagem*, Julho-Setembro. Vol. 16. Universidade Federal de Santa Catarina – Brasil.

Salgueiro, H. (2008). Fatores de risco e AVC nos idosos. *Revista Sinais Vitais*. pp. 52-56.

Santana, R. (2005). O financiamento hospitalar e a definição de preços. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Lisboa, 5, pp. 93-118.

Scherb, C. A. (2002). “Outcomes research: Making a difference in practice”. *Outcomes Management*, 6, pp. 22-26.

Sidani, S. (2011). *Self-Care. Nursing Outcomes: State of the Science*. Toronto: Faculty of Nursing University of Toronto.

Silva, A. (2007). *AVC – O essencial da Saúde*. Volume 10. Porto. Quidnovi.

Smith W., English J. & Johnston S. (2011). *Cerebrovascular Diseases*. Harrison's principals of internal medicine. 18th ed. Philadelphia: McGraw- Hill. pp. 3270-3293.

Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (2008). 2º Congresso Português do AVC. Notícias médicas, nº 2973. Disponível: http://www.spavc.org/Imgs/content/page_73/nmja.pdf

Sousa, M. (2007). *Aspetos epidemiológicos do acidente vascular cerebral na Cova da Beira – Importância dos dados regionais para o planeamento da saúde*. Tese de Doutoramento em Medicina. Universidade da Beira Interior. Covilhã.

Takase, E. (2005). Neurociências do esporte e do exercício. *Neurociências*. Santa Catarina. Nº5. pp.1-7.

Thungiaroenkul P, Cummings G, Embleton A. (2007). “theImpact of Nurse Stafing on Hospital Costs and Patient Length of stay: A Systematic Review”.*Nursing Economic*. September; pp. 255-256.

World Health Organization (2006). WHO STEPS stroke manual the WHO STEP wise approach to stroke surveillance. Geneva.

World Health Organization (2006). Helsinborg Declaration 2006, on European Stroke Strategies. Copenhagen.

Urbano, J.; Bentes M. (1990). *Definição da produção do hospital: os Grupos de Diagnósticos Homogêneos*. Rev. port. Saúde públ. Lisboa. pp. 49-60.

ANEXOS

ANEXO I – Autorização para realização do
estudo/parecer Comissão Ética



Exma. Senhora
Marisa da Glória Teixeira Cunha
Rua Pé da Agra, nº 37 - Galegos
4560-125 Penafiel

Correio Normal

Sua Referência

Sua Comunicação de
16-02-2012

Nossa Referência
N.º
Proc.º

Data
21-03-2012

ASSUNTO: Estudo

23.MAR 2012 * 3469

Acusamos a recepção do seu pedido, para a realização de um estudo "Os Cuidados de enfermagem de reabilitação e a demora média do internamento hospitalar", que mereceu a nossa melhor atenção.

Agradecemos a preferência pela nossa Instituição.

Informamos que, por deliberação do Conselho de Administração foi aprovado a sua realização.

Em anexo parecer da Comissão de Ética.

Com os melhores cumprimentos,

O Vogal do CA

(Paulo Sérgio Barbosa, Dr.)

FP

Comissão de Ética

A. Braga da Cunha (Dr.)
Presidente

A. Osvaldo Dias (Dr.)
Maria João Correia (Dr.)
Paula Guimarães (Dr.)

Nº Ref: 10/12.2-P.CES

Assunto: Estudo "Os cuidados de enfermagem de reabilitação e a demora média do internamento hospitalar" tese de mestrado. Parecer complementar

CHTS, 15/02/2012

Ex.mo Senhor,

Apreciamos o pedido de parecer para o estudo supra citado, que a aluna de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação do Instituto Politécnico de Bragança, enfermeira Marisa da Glória Teixeira da Cunha - trabalhando no S Medicina UF3- enviou ao CA.

Em ofício anterior (2/03/12) solicitamos informação complementar que a investigadora nos remeteu por e-mail. Anexamos os documentos: Curriculum Vitae e Projecto redefinido, especialmente quanto à metodologia da investigação.

Também nos informou que o ofício da escola fora incorrectamente formulado pois não está prevista qualquer aplicação de questionários aos enfermeiros.

No novo protocolo de estudo é referido que pretende analisar os seguintes "dados dos processos clínicos fornecidos pelo serviço de Informática do CHTS. (N.º processo do doente - apenas com o objetivo de tratar os dados; -Idade; -Sexo; -Data de entrada; -Data de saída; - N.º de dias de Internamento; -GDH correspondente; -Destino após alta.) e comparar demora média de internamento de doentes de Medicina UF3

Também pretende "analisar a informação correspondente ao processo de enfermagem dos doentes, ...consultada no sistema aplicativo SAPE, serão analisados os autocuidados: higiene e conforto, uso do sanitário, transferência, deambular e alimentar-se".


A investigadora compromete-se a "que a informação consultada será tratada com toda a privacidade e confidencialidade sendo o anonimato dos doentes sempre assegurado. Os números dos processos dos doentes serão necessários para o tratamento dos restantes dados mas nunca serão divulgados e no final da investigação serão destruídos como forma de garantir sempre o anonimato dos doentes.

As variáveis em estudo respeitam a autonomia, não interferem com a prestação de cuidados e não tem por alvo o processo de tratamento." ... as principais conclusões do estudo serão disponibilizadas às instituições"

Tendo em conta que a investigadora é profissional da instituição e pretende analisar dados de doentes em que teve intervenção como cuidadora (realizou procedimentos de enfermagem de reabilitação) e atendendo aos restantes pressupostos, somos de opinião que não haverá objecções éticas a que se realize a presente investigação.

À Vª superior consideração,

Com os melhores cumprimentos,


António F. Braga da Cunha
Dr. Braga da Cunha
Presidente da Comissão de Ética

ANEXO II - Portaria n.º 839-A/2009 de 31 de Julho

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
GDH	Designação	Tipo GDH	Peso Relativo	Preço	Peso Relativo em Ambulatório	Preço em Ambulatório	Diária de Internamento	GDH Cirúrgicas - Preço 1.º dia de internamento	Limiar Inferior	Limiar Máximo	Demora Média Corrigida
13	Esclerose múltipla e/ou ataxia cerebelosa	M	0,4835	1.158,59 €	0,0000	- €	579,29 €	-	1	22	5,1
14	Acidente vascular cerebral com enfarte	M	0,7822	1.874,35 €	0,0000	- €	624,78 €	-	2	34	8,6
15	Acidente vascular cerebral não específico e/ou oclusão pré-cerebral sem enfarte	M	0,5550	1.329,92 €	0,0000	- €	443,31 €	-	2	31	6,4
16	Perturbações cerebrovasculares não específicas, com CC	M	0,8847	2.119,96 €	0,0000	- €	706,65 €	-	2	37	8,2
17	Perturbações cerebrovasculares não específicas, sem CC	M	0,5566	1.333,75 €	0,0000	- €	666,88 €	-	1	30	5,8
18	Perturbações dos nervos cranianos e/ou periféricos, com CC	M	0,8410	2.015,25 €	0,0000	- €	503,81 €	-	3	45	10,0
19	Perturbações dos nervos cranianos e/ou periféricos, sem CC	M	0,5260	1.260,43 €	0,0000	- €	630,21 €	-	1	30	5,6
20	Infeção do sistema nervoso excepto meningite viral	M	1,5079	3.613,31 €	0,0000	- €	903,33 €	-	3	53	11,3
21	Meningite viral	M	0,4666	1.118,09 €	0,0000	- €	559,05 €	-	1	25	5,3
22	Encefalopatia hipertensiva	M	0,6896	1.652,45 €	0,0000	- €	550,82 €	-	2	22	4,7
23	Estupor e/ou coma, não traumáticos	M	0,5296	1.269,05 €	0,0000	- €	423,02 €	-	2	31	4,2
24	Convulsões e/ou cefaleias, idade > 17 anos, com CC	M	0,6588	1.578,65 €	0,0000	- €	526,22 €	-	2	31	6,4
25	Convulsões e/ou cefaleias, idade > 17 anos, sem CC	M	0,5527	1.324,41 €	0,0000	- €	662,20 €	-	1	21	4,0
34	Outras perturbações do sistema nervoso, com CC	M	0,7317	1.753,34 €	0,0000	- €	876,67 €	-	1	43	8,0
35	Outras perturbações do sistema nervoso, sem CC	M	0,4323	1.035,90 €	0,1463	350,69 €	342,60 €	-	1	20	3,4
530	Craniotomia com CC major	C	3,6764	8.809,57 €	0,0000	- €	393,49 €	6.448,61 €	6	90	25,4
531	Procedimentos no sistema nervoso excepto craniotomia, com CC major	C	3,3794	8.097,89 €	0,0000	- €	434,05 €	5.927,65 €	5	83	22,2
532	Acidente isquémico transitório, oclusões pré-cerebrais, convulsões e/ou cefaleias, com CC major	M	1,1208	2.685,72 €	0,0000	- €	671,43 €	-	3	56	11,4
533	Outras perturbações do sistema nervoso, excepto acidente isquémico transitório, convulsões e/ou cefaleias, com CC major	M	1,3052	3.127,59 €	0,0000	- €	625,52 €	-	4	70	14,8
737	Revisão de shunt ventricular	C	3,6943	8.852,47 €	2,7044	6.480,45 €	1.186,01 €	-	1	38	7,4
738	Craniotomia, idade < 18 anos, com CC	C	3,1577	7.566,64 €	2,3116	5.539,16 €	1.013,74 €	-	1	74	16,5
739	Craniotomia, idade < 18 anos, sem CC	C	2,0137	4.825,33 €	1,4741	3.532,38 €	646,47 €	-	1	43	9,3
761	Estupor e/ou coma traumático, coma de duração > 1 hora	M	1,0037	2.405,12 €	0,0000	- €	801,71 €	-	2	35	7,2
762	Concussão ou traumatismo intracraniano, com coma < 1 hora ou sem coma, idade < 18 anos	M	0,3634	870,80 €	0,0000	- €	435,40 €	-	1	6	1,5